الرعاية الطبية والتأهيلية

من منظور الخدمة الإجتماعية

سلسلة جدران المعرفة
2006

دكتور
ابراهيم عبد الهادي محمد المليجي
عميد كلية الخدمة الاجتماعية - الاسكندرية

سلسلة جدران

kotob

المعرفة®

" بحثآ عن عالم أفضل " .

* يمكنكم التعرف على فهرس السلسلة الاولى فى اخر صفحة فى هذا الكتاب .
كما أننا ننصح بقراءة الكتاب بنظم full screen عن طريق الضغط على { ctrl + L }
وتقريب الصفحة zoom in
{ ctrl + m }
حتى لا تؤذى عينيك .

وقد ارفقنا فى كل كتاب فهرس للكتب bookmarks لتقليب الكتاب فى سهولة ويسر ..
انظر فى اعلى الشمال .

مع تحيات

Theknowledge_walls@yahoo.com

مقـدمة

إن الخدمة الاجتماعية ظهرت مع ظهور الحاجة إليها فى المجتمع الانسانى وكان لظهورها كمهنة فى أوائل القرن الحالى، فرضتها الحاجة الماسة إلى جهود متخصصة، فى تقديم خدمات فعالة إلى المحتاجين إليها. وباتجاه العلم الحديث إلى التخصص ، وتحديد دائرة بحث كل علم فى أضيق الحدود الممكنة ليحقق أقصى فاعلية ممكنة. ومع نمو المجتمع الإنسانى وتعقده، ومن ثم تعدد مشكلات أفراده، كان من الطبيعى أن تظهر الخدمة الاجتماعية النوعية المتخصصة، لتقدم بدورها أفضل خدمات ممكنة للإنسان ، ومن ثم توالى ظهور الخدمة الاجتماعية النوعية حسب الحاح الحاجة إلى كل منها .

ولما كانت الأسرة تمثل النظام الاجتماعى الرئيسى والحيوى للمجتمع وكانت هى الوسيلة الهامة لتوفير كافة حاجات الإنسان البيولوجية، والاجتماعية والاقتصادية، والصحية .. الخ. الأمور التى أظهرت بعض المشكلات التى تعترض هذا الإنسان، لذلك كان من الطبيعى أن تكون الخدمة الاجتماعية الأسرية، هى أول مجال نوعى فى الظهور منذ أن عرفت الخدمة الإجتماعية طريقها إلى المهنة .

ولقد أدرك الباحثون ، أن مشكلات الأسرة لايمكن أن تكون منفصلة عن المجالات الأخرى، بل وأن هذه المشكلات تحتوى على وحدات أخرى متفاعلة مع بعضها البعض، لتكوّن ما نسميه بالمشكلات الأسرية. فالفقر ، أو الطلاق ،أو التفكك الأسرى ،أو فساد الجو المنزلى،

فهى مشكلات لاتبدأ من فراغ، بل هى نتائج عوامل أخرى كالإدمان، أو الانحراف، أو البطالة أو المرض، أو العاهة .. الخ .

من ذلك ظهرت على التوالى مجالات نوعية للخدمة الاجتماعية إلى جانب المجال الأسرى ، كمجال الأحداث ، والمدرسى ، والعمالى ، والنفسى والعقلى ، والريفى ، والأطفال، ثم مجال المرض وأصحاب العاهات .. الخ .

ولما كانت المجتمعات النامية تتميز بتفشى الخرافات والشعوزة بين الغالبية العظمى من الناس خاصة فى شئون المرض والصحة، الأمر الذى خلق مشكلات صحية جسيمة الخطر على صحة أفراد هذه المجتمعات فى حاضرهم وفى مستقبل أبنائهم من بعدهم، ومن ثم على مستقبل الوطن ورفاهيته .

ولما كانت هذه المجتمعات النامية تعانى من الفقر والفاقة تعرقل حتى بعض المثقفين منهم عن السعى للعلاج الطبى أو للمداومة على العلاج أو حتى الاستفادة من الأمكانيات العلاجية المتاحة لهم، وذلك لعدم تحملهم أعباء التعطل عن العمل، أو التخلف عن أدارة أعمالهم، أو تجارتهم لمسيس الحاجة إلى المال .

ولما كان المرض يقعد صاحبه عن العمل، وبالتالى لايفقده مورده الأساسى فى كفالة نفسه، وكفالة أسرته فحسب بل يعمل على عرقلة الإنتاج فى وقت نحن فى أحوج ما نكون إلى زيادته .

ولما كانت جميع الأمراض بصفة عامة، والأمراض السيكوسوماتية

بصفة خاصة. ذات صلة وثيقة بالنواحي الاجتماعية والنفسية، سواء من حيث أسبابها، أو من حيث آثارها، حيث يترتب على أنتشارها فى المجتمع عواقب وأضرار اجتماعية واقتصادية بالغة الخطورة، لدرجة تمكنا من القول ، بأنه لايوجد مرض جسمي بحت، يؤثر فى الجسم دون النفس، أو يوجد مرض نفسى بحت ، يؤثر على النفس دون الجسم، لأن الإنسان فى ذاته وحده لاتتجزأ ، يتفاعل بكليته بالبيئة التى يحيط بها .

ولمآ كانت مشكلات عصرنا الحالى - مثل تعقد إجراءات العلاج وتنوعها، والإجراءات الروتينية، ومشكلات ضيق إمكانيات المؤسسة الطبية وقلة عدد الأسرة، وخلاف ذلك من المشكلات - التى تعوق استكمال العملية العلاجية على النحو السليم .

هذا يمثل أعباء، لابد أن تتصدى لها جهود الخدمة الاجتماعية الطبية، التى تعمل جنبا إلى جنب ، مع الخدمات العلاجية الطبية سواء فى المستشفيات ، أو العيادات الخارجية، أو المستوصفات أو دور النقاهة، أو مراكز التدريب والتأهيل المهنى ، بهدف إفادة المريض الإفادة القصوى من جهود الفريق الطبى ، كى يتماثل للشفاء، ويحقق أقصى أداء اجتماعى له، فى أسرع وقت ممكن .

لهذا كله، تبرز أهمية جهود الخدمة الاجتماعية الطبية ودورها الهام فى المجتمع الإنسانى بصفة عامة، وفى المجتمعات النامية بصفة خاصة وذلك ، هو موضوع هذا الكتاب الذى تم إعداده فى قسمين :

حيث خصص القسم الأول : **الرعاية الطبية من منظور الخدمة الاجتماعية :**

وقد تضمن ثمانية فصول :

الفصل الأول : نشأة وماهية الخدمة الاجتماعية الطبية :

ولقد خُصص هذا الفصل لعرض موضوعين :

أولهما : نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية، وتم فيه مناقشة نشأة وتطور الخدمة الاجتماعية الطبية بصفة عامة، وفى مصر بصفة خاصة .

ثانيهما : ماهية وتعريف الخدمة الاجتماعية الطبية: وتم فيه مناقشة التعريفات المختلفة لبعض رواد العمل الاجتماعى والإخصائيين الاجتماعيين والمتخصصين فى المجال الطبى وأيضاً فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية وأهميتها وأهدافها .

الفصل الثانى : التنظيم الاجتماعى للمؤسسة الطبية :

ولقد خُصص هذا الفصل لمناقشة ثمانية موضوعات :

أولهما : المؤسسة الطبية كتنظيم اجتماعى .

وثانيهما: مفهوم المؤسسة الطبية .

وثالثهما : علاقة نسق الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية .

ورابعهما : الاعتبارات التى تجعل من نسق الخدمة الاجتماعية ضرورة حتمية فى المؤسسة الطبية .

وخامسهما: أسس العمل بنسق الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية .

وسادسهما : تنظيم وإدارة نسق الخدمة الاجتماعية الطبية .

وسابعهما: نسق الخدمة الاجتماعية الطبية وعلاقته بأعضاء الفريق الطبى .

وأخيراً: الصعوبات التى تواجه نسق الخدمة الاجتماعية فى المؤسسة الطبية سواء كانت صعوبات راجعة إلى المرضى، أو راجعة إلى المؤسسة الطبية، أو راجعة لقصور الإمكانيات الثقافية والاقتصادية للبيئة، أو راجعة لمهنة الخدمة الاجتماعية ذاتها .

الفصل الثالث : المريض والصحة والمرض :

ولقد خُصص هذا الفصل لعرض ثلاثة موضوعات :

أولهما : مفهوم الصحة : وتم فيه مناقشة تعريف الصحة ودرجاتها والمفهوم الاجتماعى للصحة العامة .

وثانيهما : مفهوم المرض : وتم فيه مناقشة تعريف المرض واختلاف معانيه باختلاف الأفراد .

وثالثهما : شخصية المريض : وتم فيه مناقشة أهم عوامل الوراثة الجينية والاجتماعية المكونة لشخصية المريض والتى لها اليد الطولى فى سلوكه قبل مرضه، والعوامل التى تحدد معنى المرض لدى المريض سواء كانت عوامل راجعة لطبيعة المرض، أو راجعة للمريض أو راجعة للأسرة، أو راجعة للمؤسسة، أو راجعة للمجتمع .

الفصل السابع : الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية :

وخُصص هذا الفصل لعرض الأمراض السيكوسوماتية: وتم فيها مناقشة ماهية الأمراض السيكوسوماتية، وأسبابها، وأهم أعراضها، وكيفية علاجها .

الفصل الثامن : الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى :

وخُصص هذا الفصل لعرض موضوعين :

أولهما : الإعداد المهنى للإخصائى الاجتماعى الطبى : وتم فيه مناقشة عوامل نجاح عمليات الإعداد المهنى للإخصائى الاجتماعى للعمل فى المجال الطبى ، سواء من حيث استعداده المهنى، أو إعداده المهنى بشقيه النظرى والعملى .

وثانيهما : الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى الطبى : وتم فيه مناقشة أدوار الإخصائى الاجتماعى الطبى سواء مع الأفراد أو جماعات المرضى، أو مع مجتمع المرضى فى المؤسسة الطبية .

القسم الثانى : الرعاية التأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية:

وقد تضمن أربعة فصول :

الفصل الأول : نشأة وتوطر الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين:

ولقد خُصص هذا الفصل لعرض ثلاثة فصول :

أولهما : تطور وأهداف الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين : وتم فيه مناقشة نشأة وتطور الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين بصفة عامة وفى مصر بصفة خاصة، وأيضاً مناقشة أهداف الرعاية الاجتماعية للمعوقين .

ثانيهما: حجم مشكلة المعوقين والتعريف بها: وتم فيه مناقشة حجم مشكلة المعوقين فى جمهورية مصر العربية بتناول وتحليل الإحصاءات المختلفة لوزارة الصحة والشئون الاجتماعية والجهاز المركزى للتعبئة والإحصاء، وكذلك مناقشة حجم مشكلة المعوقين عالمياً بتناول قرارات مؤتمر هيئة الأمم المتحدة، كما نوقشت بعض التعريفات المختلفة لبعض رواد العمل الاجتماعى .

ثالثهما : تعريف الإعاقة والمعوقين : وتم فيها مناقشة وتحليل بعض التعريفات المختلفة لبعض الإخصائيين الاجتماعيين والمتخصصين فى المجال التأهيلى ، كما نوقش معنى العجز أو العاهة لدى المعوق. من حيث العوامل التى بسببها يختلف معنى العجز أو العاهة من معوق إلى آخر سواء كانت هذه العوامل تكمن فى الوظيفة التى يؤديها العضو المصاب، أو المجتمع الذى يعيش فيه المعوق، أو المرحلة العمرية التى يمر بها، وأخيراً ما إذا كانت الإعاقة وراثية أو مكتسبة .

الفصل الثانى : الإعاقة (أنواعها وأسبابها وآثارها) :

ولقد خُصص هذا الفصل لعرض ثلاثة موضوعات :

أولهما : أنواع الإعاقة، وتم فيه مناقشة وعرض لأنواع الإعاقة

سواء كانت إعاقة جسمية، أو حسية، أو عقلية، أو اجتماعية أو مزدوجة.

وثانيهما: أسباب الإعاقة، وتم فيه مناقشة العوامل والأسباب المؤدية إلى الإعاقة، سواء كانت أسباب أو عوامل وراثية جينية أو أسباب وعوامل بيئية واجتماعية .

وثالثهما: الآثار الناتجة عن الإعاقة: وتم فيه مناقشة الآثار التى تخلفها الإعاقة، ليعانى منها كل من المعوق والمجتمع، سواء كانت آثار اقتصادية، أو نفسية ، أو اجتماعية ، أو تعليمية، أو طبية أو إنتاجية، أو مجتمعية .

الفصل الثالث : احتياجات المعوقين وتأهيلهم :

ولقد خُصص هذا الفصل لعرض موضوعين :

أولهما : احتياجات المعوقين وبرامج رعايتهم: وتم فيه مناقشة احتياجات المعوقين سواء كانت احتياجات بدنية، أو إرشادية أو تعليمية، أو تدريبية، أو مهنية ، أو اجتماعية ، ثم مناقشة وعرض برامج رعاية المعوقين، سواء كانت خدمات وقائية، أو خدمات حصر وتسجيل، أو خدمات طبية، أو نفسية ، أو اجتماعية أو تعليمية ، أو مهنية .

ثانيهما: التأهيل المهنى للمعوقين : وتم فيه مناقشة تعريف مفهوم الرعاية الاجتماعية للمعوقين ، وأيضاً مناقشة بعض تعريفات التأهيل من خلال كتابات رواد العمل الاجتماعى والإخصائيين الاجتماعيين والمتخصصين فى المجال التأهيلى ، كما نوقشت خطوات التأهيل المهنى ومراحله سواء كانت مرحلة الحصر، أو مرحلة الإعداد الجسمى أو

مرحلة البحث الاجتماعي، أو مرحلة الاختبار النفسي ، أو مرحلة التوجيه المهني ، أو مرحلة التدريب المهني ، أو مرحلة التتبع ثم مناقشة مشكلات العملية التأهيلية، وأخيراً تم عرض أجهزة تأهيل المعوقين، سواء كانت مكاتب التأهيل، أو مراكز التأهيل، أو المصانع الخاصة، أو مؤسسات التثقيف الفكرى، أو مصانع الأجهزة التعويضية .

الفصل الرابع: الأدوار الوظيفية للإخصائي الاجتماعي في المجال التأهيلي :

ولقد خُصص هذا الفصل لعرض موضوعين :

أولهما: برامج رعاية المعوقين : وتم فيه مناقشة البرامج المختلفة لرعاية المعوقين، سواء كانت برامج وقائية، أو برامج علاجية ، أو برامج إنمائية .

ثانيهما : الأدوار الوظيفية للإخصائي الاجتماعي التأهيلي : وتم فيه مناقشة الأدوار الوظيفية للإخصائي الاجتماعي في المجال التأهيلي سواء مع الأفراد ، أو الجماعات ، أو مجتمع المؤسسة التأهيلية .

القسم الأول

الرعاية الطبية من منظور الخدمة الاجتماعية

الفصل الأول : نشأة وماهية الخدمات الاجتماعية الطبية .

الفصل الثاني : التنظيم الاجتماعي للمؤسسة الطبية .

الفصل الثالث : المريض والصحة والمرض .

الفصل الرابع : النظريات والأسباب المتعلقة بالمرض .

الفصل الخامس : الآثار النفسية والاجتماعية للمرض .

الفصل السادس : وسائل الوقاية من المرض .

الفصل السابع : الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية .

الفصل الثامن : الأدوار الوظيفية للإخصائي الاجتماعي في المجال الطبي .

الفصل الأول

نشأة وماهية الخدمة الاجتماعية الطبية

- تمهيد .

أولاً : نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية .

ثانياً : ماهية وتعريف الخدمة الاجتماعية الطبية .

تمهيد :

تُعتبر الرعاية الصحية إحدى مجالات الرعاية الاجتماعية التى توليها المجتمعات اهتماماً كبيراً. ولقد غزت الخدمة الاجتماعية مجالات عديدة، ومن بينها المجال الطبى [1] .

فالخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى، تُعد فى صميمها خدمة إنسانية، وركيزة يرتكز عليها هذا العمل الإنسانى ، حيث كان المفهوم السائد فيما مضى عن الخدمة الاجتماعية الطبية هو تدخلها لمساعدة المرضى اقتصادياً حيث بدأ هذا المفهوم فى بادىء الأمر منذ القرن العشرين فى شكل مساعدات عينية ومالية تقدم من ذوى القلوب الرحيمة للمرضى المحتاجين والفقراء .

وبفضل التقدم العلمى، تدخلت الخدمة الاجتماعية فى تعديل الآثار الاجتماعية والنفسية، وأيضاً تدخلت لتحسين أسلوب ومستوى الخدمات العلاجية، والاجتماعية، المقدمة للمريض بالمؤسسة الطبية [2] .

ومهنة الخدمة الاجتماعية، تمارس فى مؤسسات قد تكون أنشئت خصيصاً لهذا الغرض، وتسمى فى هذه الحالة بالمؤسسات الأولية، أو تمارس فى مؤسسات أنشئت لممارسة أنشطة غير أنشطة الخدمة الاجتماعية، وتمثل الخدمة الاجتماعية فى هذه المؤسسات جانباً من

---

(١) إمام أحمد محمد عبد الله، **الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب النفسى**، دار عالم الكتب ، القاهرة، ١٩٨٥، ص ٥ .

(٢) عادل محمد أنس ، **تطوير الخدمات الاجتماعية– دراسة تجريبية بمستشفى المنيل قبلى**، رسالة دكتوراه ، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية– جامعة حلوان ، ١٩٨٤، ص ٢ .

جوانب نشاطها المتعددة، وتساهم فى تحقيق أهداف هذه المؤسسات على أكمل وجه، وتسمى فى هذه الحالة بالمؤسسات الثانوية، ومن أمثلتها المؤسسات التعليمية، والطبية .. الخ (١) .

وتتمثل أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية فى كونها تسعى للتعرف على أحوال وظروف المريض من كافة جوانبها، سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية أو نفسية، حيث أن علاج المريض، دون النظر الى هذه الأحوال والظروف، إنما هو إغفال لعوامل أساسية تؤثر على سير المرض، وفى الاستفادة من العلاج، وتحقيق الشفاء العاجل للمريض (٢) .

كما تتبلور أهمية ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية فى المستشفيات، فى معاونة المستشفى بشكل إيجابى، لتحقيق أهدافها الأساسية والعمل على تهيئة أنسب الظروف الممكنة للخدمات العلاجية، والاجتماعية المقدمة للمرضى من جانب وللعاملين من جانب آخر، وزيادة فاعليتها وكفائتها، فهى تخفف من أعباء المستشفى، وتزيد من قدرتها على القيام بوظائفها (٣) .

ولتوضيح كل ماسبق ، خُصص هذا الفصل لعرض ومناقشة

---

(١) عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد فى المجتمع النامى، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة، ١٩٨٤ ، ص ١٧.

(٢) عادل محمد أنسى، تطوير الخدمات الاجتماعية – دراسة تجريبية بمستشفى المنيل الجامعى ، مرجع سابق، ص ٢ .

(٣) عبد الحليم رضا عبد العال، أحمد وفاء حسين زيتون ، تنظيم المجتمع – أسس ومبادىء : الكتاب الأول ، توت للطباعة والإعلان والنشر ، القاهرة، ١٩٨٦ ، ص ٢٧٠ .

موضوعين :

أولهما : نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية : وتم فيه مناقشة نشأة وتطور الخدمة الاجتماعية الطبية بصفة عامة، وفى مصر بصفة خاصة .

وثانيهما : ماهية وتعريف الخدمة الاجتماعية الطبية :

وتم فيه مناقشة التعريفات المختلفة لبعض رواد العمل الاجتماعى والإخصائيين الاجتماعيين، والمتخصصين فى المجال الطبى ، وأيضاً تم مناقشة فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية، وأهميتها، وأهدافها سواء كانت أهداف بعيدة أم قريبة، وقائية أم علاجية أم إنمائية إنشائية .

أولاً : نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية :

ظهرت الخدمة الاجتماعية الطبية فى انجلترا عام ١٨٨٠ ، عندما تبين أن المرضى المصابين بأمراض عقلية، يحتاجون إلى رعاية لاحقة بعد خروجهم من المصحات، وتقدم لهم هذه الرعاية فى بيوتهم حتى يمكن تجنب تكرار المرض .

وكانت « الزائرات » يذهبن إلى بيوت المرضى ، حيث يبصّرون أسرة المريض، وأصدقائه بنوع الرعاية والمعاملة اللازمة له بعد خروجه من المستشفى .

وكان المصدر الثانى للخدمة الاجتماعية، فريق السيدات المحسنات اللائى كن يتوطعن فى المستشفيات الانجليزية فى لندن عام ١٨٩٠، للقيام بالبحوث الاجتماعية، لتقرير أحقية مقدم الطلب والاستعانة ببعض الجمعيات الخيرية لمساعدة المريض .

وفى نيويورك عام ١٨٩٣ ، قامت الزائرات الصحيات بزيارة بيوت الفقراء من المرضى فى الأحياء المجاورة لمحلة هنرى ستريت، لسداد نفقات الرعاية العلاجية والتمريض، ولقد استرعى انتباههن العديد من المشكلات الاجتماعية والشخصية التى تنشأ عن المرض، وقد استفادت بعض مستشفيات نيويورك من خبرات محلة هنرى ستريت، ولما أدركت أن الزيارة المنزلية تؤدى إلى تقدم كبير فى تأثير العلاج الطبى، دأبوا على إرسال الزائرات الصحيات من المستشفى، لمباشرة الرعاية اللاحقة، والإشراف على المرضى بعد خروجهم من المستشفيات وبذلك، كانت « الزائرات الصحيات » هن المصدر الثالث للخدمة الاجتماعية الطبية .

أما المصدر الرابع للخدمة الاجتماعية الطبية، فكان عن طريق طلاب كلية الطب، الذين أجروا تدريباً عملياً فى المؤسسات الاجتماعية، فقد طلبت جامعة بالتيمور فى عام ١٩٠٢ ، أن تشمل الدراسة المشكلات الاجتماعية والانفعالية، وطلبت أن يعمل طلابها كمتطوعين فى المؤسسات الخيرية حتى يكتسبوا فهماً وإدراكاً للآثار الاجتماعية، والاقتصادية، وظروف المعيشة فى حالة المريض .

وعلى هدى هذه الخبرات، نشأت الخدمة الاجتماعية الطبية عام ١٩٠٥ ، فى جهات مختلفة فى الولايات المتحدة الامريكية وأصبح الإخصائيون الاجتماعيون، أعضاء فى هيئات موظفى المستشفيات العامة بعد أن أصبح الطبيب المتخصص الحديث، لايستطيع أن يتعرف بدقة على الحالة المعيشية والدخل ، والبيئة، وعادات ، وشخصية المريض، كما كان الأمر مع طبيب الأسرة السابق، وكان أطباء مستشفى مساشوست هم أول من لمسوا الحاجة إلى الإخصائى الاجتماعى، للقيام بمساعدة المريض بعد خروجه من المستشفى لملاحقة تنفيذ أوامر الطبيب، وإرشاد الأسرة فى نوع التغذية الملائمة [1] .

نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية فى مصر :

يمكن تتبع نشأة وتطور الخدمة الاجتماعية في مصر، من خلال تتبع ظهورها فى المؤسسات الأهلية ، والحكومية .

فقد بدأت المؤسسات الأهلية فى أول أمرها بتقديم خدمات

---

(١) محمود حسن : مقدمة الرعاية الاجتماعية، الطبعة الأولى، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٦٩، ص ٦٦٠ ، ٦٦١ .

اجتماعية فى صور مساعدات مالية أو عينية، أو تقديم بعض ألوان الترفيه للمرضى بالمستشفيات وذلك عن طريق التطوع من سيدات الجمعيات الخيرية .

وقد كانت الجمعيات النسائية لتحسين الصحة، من أوائل الجمعيات التى ساهمت فى هذا المجال، منذ نشأتها عام ١٩٣٦. بقصد رعاية المرضى الفقراء اجتماعياً. حيث كانت تمد المرضى الفقراء بمساعدات مختلفة وتقوم سيدات الجمعية بتعيين عدد من الإخصائيين الاجتماعيين كى تستطيع تقديم خدماتها بأساليب فنية .

وفى نفس العام تأسست جمعية مكافحة الدرن لرعاية مرضى الدرن اجتماعيًا على أثر ما لوحظ من أن سوء الحالة الاجتماعية والاقتصادية لمرضى الدرن، تعوق فرص الشفاء، بل أنها قد تكون سبباً مباشراً فى الإصابة .

أما بالنسبة للجهود الحكومية، فقد بدأت الخدمة الاجتماعية بوزارة الصحة عام ١٩٤٧، وكان أول ميدان اجتماعى طبى هو محيط الأمراض الصدرية إذ بدأ بإنشاء أول وظيفة لإخصائى طبى بقسم الأمراض الصدرية بوزارة الصحة وفى عام ١٩٤٨ أوصت اللجنة المستديمة للتغذية، بتعيين إخصائيين اجتماعيين لمعاونة فرق البحث الغذائى فى إجراء البحوث الاجتماعية والاقتصادية والتى تقوم بها اللجنة.

وفى آخر نفس العام أفتتحت مصلحة الصحة العقلية عيادتين نفسيتين للعمل بعض الوقت بكل من مستشفى المنيرة، ومستشفى

بولاق بالقاهرة وبالطبع، كانت طبيعة العمل فى مثل هذه العيادات تدعو إلى تعيين باحث اجتماعى للقيام بإجراء البحوث الاجتماعية للحالات المترددة على هذه العيادات ومتابعة نتائج العلاج، وبذلك أُنشأت وظيفة باحث اجتماعى فى مصلحة الصحة العقلية. ومع اوائل عام ١٩٤٩ . تم تعيين أول باحثين اجتماعيين بكل من مستشفى المنيرة (الملك سابقاً) . ومستشفى أحمد ماهر بالقاهرة .

وبذلك تُعتبر الخدمة الاجتماعية فى مصر، حديثة العهد حيث يرجع نشأتها على أسس فنية علمية إلى عام ١٩٣٦ . لذلك فقد نشأ مجال الخدمة الاجتماعية الطبية بعد ذلك بمدة من الزمن، حيث كان تعيين الإخصائيين الاجتماعيين فى هذا المجال يخضع لعدة اعتبارات، من بينها إمكانيات ميزانية وزارة الصحة، ودرجة اقتناع المسئولين بوزارة الصحة ، وغيرها من الجهات المعنية، بأهمية هذا المجال فى المؤسسات الطبية .

ويُعتبر محيط الأمراض الصدرية، أول ميدان اجتماعى طبى نشأ فى وزارة الصحة العمومية، إذ بدأ بإنشاء أول وظيفة للإخصائى الاجتماعى الطبى « بقسم الأمراض الصدرية »، ثم أخذت الوزارة منذ عام ١٩٥١ ، فى تعيين الإخصائيين الاجتماعيين، وساعدت الهيئات الأهلية التى تعمل فى هذا الميدان للتعاون معها، حتى بلغ عدد العاملين فى نهاية عام ١٩٦٠ إلى (٢٩) إخصائياً اجتماعياً، من خريجى المعاهد العليا للخدمة الاجتماعية، (٢٠) باحثة اجتماعية من خريجات المعهد المتوسط للخدمة الاجتماعية، ثم كان من الضرورى أن يقترن ذلك

بإنشاء هيئة مركزية تتولى الإشراف والتوجيه فى النواحى الاجتماعية، فأنشأت الوزارة « مكتب الخدمة الاجتماعية للأمراض الصدرية» فى سبتمبر من عام ١٩٥٥، وقد صدر المنشور الدورى رقم (٢) لسنة ١٩٥٧ من مصلحة الأمراض الصدرية، باختصاصات المكتب، ملخصها فيما يلى :

- دراسة جميع الموضوعات الاجتماعية الخاصة بمعالجة الأمراض الصدرية .

- بحث جميع الشكاوى التى يتقدم بها المرضى، الخاصة بالنواحى الاجتماعية ومحاولة حلها.

- بحث جميع الموضوعات الخاصة بالمساعدات والإعانات على اختلاف أنواعها .

- الترفية عن المرضى بالمصحات بكافة أنواع الترفية، وشغل أوقات فراغهم .

- التأهيل المهنى للمرضى فى كافة مراحله، بالتعاون مع الهيئات التى تعنى بهذه الناحية .

- التوجيه والإشراف على الزيارات المنزلية، بما فيها زيارات العلاج المنزلى .

- يعتبر المكتب مركزا لتدريب طلاب معاهد الخدمة الاجتماعية بهدف إعداد الإخصائيين الاجتماعيين لميدان الدرن، وقد أصدرت المصلحة قائمة التدريب العملى الخاصة بذلك فى عام ١٩٥٨ .

- كما يهتم المكتب بتدريب الإخصائيين الاجتماعيين قبل إلحاقهم بالعمل .

- القيام بدراسات عملية لرفع مستوى الخدمة الاجتماعية فى ميدان الدرن وتنسيق العمل بين المكتب والهيئات التى تعمل فى هذا الميدان .

- تمثيل مصلحة الأمراض الصدرية فى لجان الإعانات بالمستوصفات وغيرها من اللجان فى الهيئات الأخرى .

- التثقيف والإرشاد الصحى ضد الدرن بكافة الوسائل .

وتعمل حالياً وزارة الصحة باستمرار على إنشاء وظائف الخدمة الاجتماعية فى جميع مؤسساتها الطبية، بعد اقتناع المسئولين بالوزارة بأهمية الجانب الاجتماعى فى العلاج، بفضل الأعمال والمجهودات التى بذلها الإخصائيون الاجتماعيون الأوائل ، الذين عملوا فى هذا الميدان، وبلغ مدى اقتناع وزارة الصحة بأهمية دور الخدمة الاجتماعية الطبية إلى حد إنشاء إدارة للخدمة الاجتماعية، تماثل إدارة الطب العلاجى، وإدارة الطب الوقائى .. الخ من الإدارات الطبية المتخصصة [1].

ورغم أن الخدمة الاجتماعية الطبية فى مصر قد قطعت شوطاً كبيراً إلا أنه لازالت هناك بعض الصعوبات التى تعترض وصولها إلى المستوى الذى نأمله، وسوف يأتى الحديث عن تلك الصعوبات فيما بعد.

---

(١) أنظر: إقبال بشير ، سلوى عثمان الصديقى ، محاضرات فى الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية، المكتب التجارى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٨ ، ص ٢٦ - ٢٩ .

ثانياً : ماهية وتعريف الخدمة الاجتماعية الطبية :

يمكن تحديد ماهية الخدمة الاجتماعية الطبية بصورة واضحة من خلال تطورها فى أمرين [1] .

١- تحول الخدمة الاجتماعية الطبية من مجرد خدمة تؤدى فى مؤسسة اجتماعية إلى نسق اجتماعى Sosial Systam له ضرورة لازمة فى المجتمع .

٢- تحول الخدمة الاجتماعية الطبية بدلا من تركيزها على التفاعل بين المريض والمجتمع، وتدخلها فى تكيف العميل للظروف الموجودة، فأصبح تركيزها على رفع الأداء الاجتماعى .

ولقد عرض الدكتور ريتشار كابوت Richard Cabet وهو من الأطباء الرواد الأوائل فى قيادة تطور الخدمة الاجتماعية الطبية - لتعريف هذا الميدان بقوله أن الخدمة الاجتماعية تساعد الطبيب فى التشخيص، والعلاج، طوال فترة دراسة حالة المريض فى الموقف الاجتماعى الذى يحيط به، والظروف الاجتماعية التي يعيش فيها، بالإضافة إلى ذلك فإن الإخصائى الاجتماعى الطبى، يحقق المساعدة بواسطة تنظيم الموارد المتاحة فى المستشفى، إلى جانب تلك التى توجد فى الأسرة والمجتمع ، إلى درجة يحقق معها فاعلية العلاج الطبى [2] .

وللخدمة الاجتماعية الطبية تعريفات متعددة قد تختلف فى

---

(١) أنظر : إقبال بشير وآخرون ، الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى ، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية ، ١٩٨٠ ، ص ١٣ .

(٢) أنظر : المرجع السابق ، ص ١٣ .

الصياغة والشكل، ولكنها تتفق فى الجوهر والمضمون .

ولقد تعددت هذه التعريفات من خلال كتابات رواد العمل الاجتماعى والإخصائيين الاجتماعيين، والمتخصصين فى المجال الطبى ومن أهم هذه التعريفات .

تعريف أ. محمود حسن :

عرفها بأنها : العمليات المهنية والجهود العلمية التى يقوم بها الإخصائى الاجتماعى، لدراسة استجابات المريض نحو مشاكله المرضية، وتتضمن كل من خدمة الفرد وخدمة الجماعة فى بعض المواقف، وتقوم الخدمة الاجتماعية الطبية بوظيفتها فى المستشفيات والعيادات وغيرها من المؤسسات الطبية لتوفير الفرص الملائمة التى تسمح للمريض بالاستفادة من الخدمات الطبية بصورة فعالة، وتهتم الخدمة الاجتماعية الطبية بصفة خاصة بتقديم المساعدة فى مشكلات التكيف الاجتماعى، والمشكلات الانفعالية التى تؤثر فى تطور المرض وسير العلاج وتهدف إلى مساعدة المريض على الاستفادة الكاملة من العلاج، ومساعدته وأسرته على التكيف فى بيئته الاجتماعية الخارجية (١) .

تعريف أ . أحمد الشبكشى :

عرفها بأنها : إحدى فروع الخدمة الاجتماعية بصفة عامة، مجال تخصصها العمل فى المؤسسة الطبية، أساسها العمل المشترك Team Work بين الطبيب ، وهيئة التمريض، والإخصائى الاجتماعى، وتهدف

---

(١) محمود حسن ، **مقدمة الرعاية الاجتماعية**، مرجع سابق، ص ٦٦٣ .

إلى الوصول بالمريض بالاستفادة الكاملة بالعلاج الطبى ، والتكيف في البيئة الاجتماعية [1] .

تعريف أ . فاطمة الحاروي :

عرفتها بأنها : مجموعة المجهودات الاجتماعية الموجهة إلى مساعدة الطبيب فى تشخيص بعض الحالات الغامضة، وفى رسم الخطة العلاجية لها، وإلى تمكين المرضى من الانتفاع بالعلاج المقدم لهم، واسترداد وظائفهم الاجتماعية وذلك بإزالة العوائق التى تعترض طريق انتفاعهم من الفرص العلاجية المهيأة لهم وتمهيد الظروف للانسجام فى المجتمع بعد الشفاء [2] .

تعريف أ . إقبال بشير وآخرون :

عرفتها بأنها : إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية، تمارس فى المؤسسة الطبية، لمساعدة الفرد كان أو جماعة، باستغلال إمكانياته، وإمكانيات مجتمعه، للتغلب على الصعوبات التى تعوق تأديته لوظيفته الاجتماعية، وذلك للاستفادة من العلاج الطبى. ورفع الأداء الاجتماعى إلى أقصى حد ممكن [3] .

---

(١) أحمد حسنى الشبكشى ، **أسس الخدمة الاجتماعية الطبية**، مطبعة العلوم القاهرة، ١٩٦١ ، ص ٩٧ .

(٢) فاطمة الحارونى ، **خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية**، مطبعة السعادة، القاهرة، ١٩٦٩ ، ص ٥٩٧.

(٣) إقبال بشير وآخرون، **الخدمة الاجتماعية والمجال الطبى**، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٧٧ ، ص ٢٧ .

تعريف أ. عطيات ناشد :

عرفتها بأنها : مجال نوعى للخدمة الاجتماعية، تساعد المريض فرداً كان أو جماعة، طالما هو يواجه مشكلة تتطلع إلى المساعدة الفنية لعلاجه فهى خدمات تتطلب مهارة خاصة، وإسلوب علمى، لمساعدة المريض علي الاستفادة الكاملة من العلاج الطبى، أو الخدمات ذاتها، أو أنها تمثل الجانب الهام من العلاج نفسه، فضلاً عن الخدمات الوقائية والإنشائية [١] .

تعريف أ. محمد سيد فهمى :

عرفها بأنها : هي إحدى مجالات مهنة الخدمة الاجتماعية التى تمارس فى المؤسسات الطبية، بهدف مساعدة المريض على الاستفادة من إمكانيات وخدمة المؤسسة، من أجل زيادة أداؤة الاجتماعى .

تعريف أ . سلوى عثمان :

عرفتها بأنها : الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المؤسسة الطبية (وقائية أو علاجية أو إنشائية) يقوم بها إخصائيون اجتماعيون، أعدوا خصيصًا لهذا العمل، ويعملون من خلال فريق العمل بهذه المؤسسة، وذلك بهدف المساعدة الكاملة للفرد، مريضاً أو معرضاً للإصابة بالمرض للاستفادة من كافة الإمكانيات المتاحة فى المؤسسة والبيئة الخارجية، وتحسين الظروف البيئية المختلفة. من أجل تحقيق أقصى

---

(١) عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون ، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة ١٩٦٩، ص ٩٠ .

أداء اجتماعى له [1] .

ومن جانبنا نعرف الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها :

تلك الجهود المهنية التى يبذلها الإخصائى الاجتماعى ، فى المؤسسة الطبية، ومع البيئات المختلفة للمريض، بهدف إفادته القصوى من جهود الفريق الطبى، كى يتماثل للشفاء، ويحقق أقصى أداء اجتماعى له فى أسرع وقت ممكن .

ومن هذه التعاريف ، يمكن أن نستخلص العناصر الرئيسية للخدمة الاجتماعية الطبية :

١- الخدمة الاجتماعية الطبية : هى إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية وبالتالى فهى تعتمد فى ممارستها على فلسفة ومعارف ، ومهارات ، وقيم ومبادىء وأساليب ، وطرق المهنة الأم .

٢- أنها تمارس فى مؤسسات طبية، بغض النظر عن أهداف هذه المؤسسات وقائية كانت ، أو علاجية، أو إنشائية ، أو تأهيلية .

٣- الذى يمارسها، إخصائيون اجتماعيون متخصصون، أعدوا خصيصاً للعمل فى هذا المجال .

٤- لاتتعامل مع المريض فحسب، بل تتعامل مع المؤسسة الطبية بأكملها فتتعامل مع الإدارة. والطبيب، وهيئة التمريض، والإداريين، بل يمتد تعاملها مع البيئات المختلفة للمريض..كالأسرة، وبيئة العمل..الخ .

---

(١) إقبال بشير ، سلوى عثمان الصديقى ، **محاضرات فى الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية**، مرجع سابق ، ص ٣٠ .

٥ - تتعامل مع المريض كوحدة كاملة، له جوانبه الاجتماعية، والنفسية والجسمية، والصحية، والعقلية، والاقتصادية .

٦- تستهدف إفادة المريض القصوى من جهود الفريق الطبى كى يتماثل للشفاء من جانب، ويحقق أقصى أداء اجتماعى له فى أسرع وقت ممكن من جانب آخر.

فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية :

الفلسفة فى مفهومها العام المبسط، تعنى أنها موقف أو تصور شامل تجاه الكون والمجتمع والإنسان، وتصور منطقى للعلاقات التى تربط كل ظاهرة بالأخرى، إستناداً إلى منهج خاص ، وبتطبيق ذلك المنهج على الماضى والحاضر يكون استخلاص تلك الكليات التى تكون الإطار النظرى، الذى يتحرك خلاله الإنسان، عندما ينزل بالنظرية إلى الواقع، يقيمها بالتجربة والممارسة [1] .

ولما كان المجال الطبى يُعد أحد مجالات الخدمة الاجتماعية. إرتبط فى تكوين فلسفته بتكون فلسفة مهنة الخدمة الاجتماعية نفسها. تلك الفلسفة التى تكونت أيضاً نتيجة التفاعل المتبادل بين التطور الفكرى للمهنة ككل، وبين الممارسة العملية لمجالات الأنشطة المختلفة للمهنة على مر الوقت .

وإذا حاولنا أن نحدد الإطار الفلسفى للخدمة الاجتماعية الطبية،

---

(١) سيد أبو بكر حسانين ، دراسات فى تنظيم المجتمع، الطبعة الأولى ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩، ص ٤٥ ، ٤٦ .

لتبين لنا أن هذا الإطار يتكون من الاعتراف والإيمان بما يلى :

١- أن الإنسان كل متكامل، تتفاعل عناصر شخصيته الأربعة، العقلية ، والبيولوجية ، والنفسية ، والاجتماعية دائماً، ومن ثم .. فأى اضطراب يحدث فى إحدى هذه العناصر إنما هو نتيجة لتفاعل عناصره الأخرى بطريقة غير سوية، كما أن هذا الاضطراب يؤدى بدوره إلى اضطراب العناصر الأخرى ، وهكذا ..

٢- الاعتراف بكرامة الإنسان ، والإيمان بقيمته، وهذا يعنى أننا لانعتنى بالمريض من الناحية المجردة فحسب، بل نعتنى به لأنه إنسان يستحق العناية، ومن حقه إشباع احتياجاته النفسية والاجتماعية التى يحتاجها، حتى يستفيد بشكل إيجابى من العلاج الطبى .

فالإنسان ، هو أسمى الكائنات الحية شأناً وقيمة فى سلم الكائنات الحية، والخدمة الاجتماعية الطبية، هى من الوسائل، أو الأدوات التى تؤكد هذه القيمة الإنسانية، فهى تعبير أبدى عن احترام ورعاية الإنسان لأخيه الإنسان [1] .

٣- أن لكل إنسان فرديته الخاصة به، فرغم اشتراكه مع غيره فى إصابة معينة، أو مرض معين، إلا أنه يختلف بفرديته عن الآخرين، ولذا فهو يحتاج إلى نوع معين من المعاملة، وأنواع معينة من الرعاية والخدمات .

٤- إن العوامل الإجتماعية والنفسية للإنسان ، ترتبط ارتباطاً وثيقاً

---

(١) عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون ، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق ، ص١٠٤.

بالمرض بل وقد تكون سبباً له، ولذا ، يُفضل أن يسير كل من العلاج الطبى والعلاج الاجتماعى النفسى جنباً إلى جنب .. فالعلاج الطبى ماهو إلا أحد العوامل المؤدية إلى الشفاء ولكنه ليس كل العوامل، وفى نفس الوقت، إذا أغفلنا العلاج الاجتماعى النفسى، قد يؤدى ذلك إلى عودة المرض، أو انتكاسه، أو فشل العلاج الطبى [1] .

أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية :

الإنسان كل متكامل، تتفاعل عناصر شخصيته العقلية والبيولوجية والنفسية، والاجتماعية دائماً، وأى اضطراب يصيب إحداها، فإنه يؤثر فى العناصر الأخرى فى ذات الوقت .

وبهذا .. تُعتبر الخدمة الاجتماعية الطبية ميداناً له أهميته، حيث تعنى بالمريض كإنسان، له احتياجاته النفسية، والاجتماعية التى يعمل على إشباعها، حتى يستفيد من العلاج الطبى .

ويؤمن هذا الفرع من فروع الخدمة الاجتماعية، بفردية الإنسان، فرغم اشتراكه مع غيره فى مرض أو إصابة، إلا أنه يختلف عن الآخرين، بحيث يحتاج إلى أسلوب معين من المعاملة، وأنواع معينة من الخدمات.

إن العوامل الاجتماعية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمرض، بل وقد تكون سبباً له، ولهذا يجب أن يسير العلاج الطبى والعلاج الاجتماعى النفسى جنباً إلى جنب، فالعلاج الطبى ، قد يكون أحد العوامل المؤدية إلى

---

(١) أنظر : إقبال بشير وآخرون ، الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى ، مرجع سابق ، ص ١٣

الشفاء ولكنه ليس كافياً فى حد ذاته، وفى نفس الوقت ، فإن عدم الاهتمام بالعلاج الاجتماعى النفسى قد يكون سبباً فى طول فترة المرض، أو انتكاسة، أو فشل العلاج الطبى .

ولكى تكون للعملية العلاجية فعاليتها، فإنه لابد وأن تتكامل مجموعة الخدمات، وذلك بتعاون مختلف جهود المتخصصين المشتركين فيها، وأن تسود بينهم روح الفريق .

وعلى ذلك، يتضح جلياً ، أهمية إدراك الإخصائى الاجتماعى، ويقظته الدائمة لما عليه من التزامات أساسية نحو المريض وأسرته، وتجاه فريق العلاج من المتخصصين .

وتعتمد فاعلية دور الخدمة الاجتماعية، فى قدرة الإخصائى الاجتماعى على تحقيق الاتصال السليم المثمر مع الآخرين من أعضاء الفريق، وكذلك على قدرته فى الوصول إلى تقديرات سليمة للحالة وظروفها ، من منظور الخدمة الاجتماعية (1) .

ولقد برزت أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية، بعدما لاحظ الأطباء فى أوائل هذا القرن، أن إغفال العوامل الاجتماعية، النفسية للمريض، يؤدى إلى تدهور العلاج وتأخره، وقد ساهم التقدم فى الطب النفسى فى الاتجاهات الحديثة للخدمة الاجتماعية الطبية، فظهرت حاجة الميدان الطبى إلى الاستعانة بالخدمة الاجتماعية، كجهود هامة، ومكملة للمجهودات الطبية .

---

(1) Harriett M. Bartlett. **Analyzing Social work by Fields Nasw.** N.Y., 1967. p.p. 45 - 46 .

ولقد أصبح للخدمة الاجتماعية أهمية خاصة للإنسان والمجتمع، كمن هذه الأهمية فى :

١- لما كان الإنسان السليم الصحة، صحيح البنية، أكثر عطاءاً ، وفر إنتاجاً، لذا تبدو أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية، فى مساعدة رضى على سرعة التماثل للشفاء ، ومن ثم يستمر عطائهم وإنتاجهم ذلك تتحقق أهداف المجتمع.

٢- تقدم المجتمعات، تقاس بمدى صحة أفرادها، ولذا توفر جتمعات الرعاية الصحية لأبنائها، وتعمل على وقايتهم من الإصابة أمراض أو العاهات، والخدمة الاجتماعية الطبية تساعد تلك المجتمعات لى تحقيق أهدافها.

٣- إن الوقاية دائماً خير من العلاج، وللخدمة الاجتماعية الطبية ور هام فى عمليات الوقاية، عن طريق نشر الوعى الصحى، والثقافة صحية للوقاية من الأمراض، وذلك تجنباً للإصابة بالمرض أو انتكاسه أو تشار العدوى بين أفراد الأسرة، ومن ثم المجتمع.

٤- إن هناك من الأمراض، لاتستجيب للعلاج الطبى وحده كونها أمراض ذات صبغة اجتماعية، وتلك الأمراض أسباب حدوثها، نتشارها واستفحالها، تكمن فى الجوانب الاجتماعية والأنماط الثقافية بيئية ومن هنا تبرز أهمية تدخل الخدمة الاجتماعية الطبية،، للتعامل مع الأسباب لإزالتها، أو فى القليل للتخفيف منها، حتى يأتى العلاج طبى بثماره المرجوه .

٥- إن الخدمة الاجتماعية الطبية، ترتكز على حقيقة هامة مؤداها، أنه قد تكون الظروف المصاحبة للمرض، أشد خطراً على المريض من مرضه العضوى - ولذا تبدو أهمية تدخل الخدمة الاجتماعية الطبية، لتصفية تلك الظروف ، حتى يتمكن المريض من الشفاء، وأن يستعيد أداؤه الاجتماعى بأسرع وقت ممكن .

٦- إن المرض ليس مشكلة المريض وحده، بل تمتد آثاره ومشاكله إلى الأسرة بل وإلى المجتمع، ولذا تمتد جهود الخدمة الاجتماعية الطبية إلى أسرة المريض، والمجتمع أيضاً لإزالة تلك الآثار والمشكلات .

٧- تعمل الخدمة الاجتماعية على تحقيق أهداف المؤسسة ، وهى استفادة المريض من العلاج إلى أقصى حد ممكن، وذلك بتذليل العقبات التى تحول دون استفادة المريض من الخدمة الطبية، وتهيىء أنسب الظروف للخدمات الطبية لتحقيق فعالية أفضل .

٨- تهدف الخدمة الاجتماعية الطبية إلى ربط المؤسسة الطبية بالمجتمع الخارجى ومؤسساته، وذلك للاستفادة من إمكانياتها وخدماتها، فى استكمال خطة العلاج، سواء كانت طبية أو اجتماعية.

وقد قام د. عبد المنعم نور - بتصنيف مرضى المستشفيات بشكل يوضح مدى أهمية دور الخدمة الاجتماعية الطبية :

١ - مرضى مشاكلهم وظروفهم الاجتماعية والنفسية واضحة التأثير فى حالتهم المرضية.. وهؤلاء فى أمس الحاجة إلى جهود الإخصائى الاجتماعى الطبى ، وليس من المبالغة فى شىء أن نقول بأن

حاجتهم إلى الخدمات الاجتماعية، تعادل حاجتهم إلى الخدمات الطبية.

٢- مرضى بأمراض معدية، وظروفهم الاجتماعية والبيئية تتطلب رعاية اجتماعية :

وعلى الإخصائى الاجتماعى الطبى هنا واجبات كثيرة.. فعليه أن يدرس حالة المريض الاجتماعية، ويقدم له ولأسرته الرعاية الاجتماعية اللازمة، كما أن عليه واجباً آخر، أن يتلافى ما من شأنه تعريض الآخرين لخطر العدوى ، مع بحث عوامل الخوف والقلق ، وتخفيف حدتها.

٣- مرضى حالتهم المرضية تتطلب رعاية اجتماعية خاصة لضمان نجاح العلاج الطبى :

ومرضى هذا القسم.. فى حاجة إلى الخدمات الاجتماعية بصفة عامة والإخصائى الاجتماعى بصفة خاصة، ليقنع المريض بأهمية تردده بانتظام وما يترتب على انقطاعه وعدم مواصلة العلاج من متاعب، فقد يحتاج هذا المريض إلى زيارة منزلية من الإخصائى الاجتماعى لدراسة ظروفه وحالته، ومعرفة الأسباب التى تجعله يرفض مواصلة العلاج.

٤- مرضى يمكن علاجهم فى فترة وجيزة، وليست لديهم صعوبات أو مشكلات اجتماعية.. وهذا النوع من المرضى، قد لايحتاج إلى عون الإخصائى الاجتماعى الطبى، ويمكن الاقتصار على العناية الطبية وحدها .

ومن تحليل ماسبق .. نجد أن ثلاثة فئات من الأربعة السابق الإشارة إليها، فى حاجة ماسة إلى جهود الخدمة الاجتماعية الطبية، لتكمل وتعزز الجهود الطبية، بما يؤكد أهمية، بل حتمية وجود الخدمة الاجتماعية فى المؤسسة الطبية، جنباً إلى جنب مع الخدمة الطبية [1] .

أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية :

نستطيع أن نستخلص مما سبق أهداف الخدمة الأجتماعية الطبية ونقسمها الى :

أهداف بعيدة :

توفير الرعاية الصحية للمواطنين ، والمحافظة على سلامتهم ووقايتهم من الإصابة بالأمراض والعاهات، ليتمكنوا من القيام بمسئولياتهم الاجتماعية قبل مجتمعهم، والمحافظة على كيان الوطن ، وإعلاء شأنه .

أهداف قريبة :

وتكمن فى توفير سبل الوقاية من جانب ، والعلاج من جانب آخر للمواطنين المحتاجين للمساعدة، وذلك عن طريق التعامل مع المريض، وظروفه المحيطة به، والتعامل مع الطبيب ، وهيئة التمريض وأقسام المؤسسة الطبية لتسهيل الإجراءات، لكى تحقق الرعاية الطبية أهدافها.

---

(١) أنظر إقبال بشير ، سلوى عثمان الصديقى ، محاضرات فى الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية ، مرجع سابق ، ص ٣٤ - ٣٦ .

وللخدمة الاجتماعية الطبية، أهدافها الوقائية، والعلاجية والإنشائية.

الأهداف الوقائية :

تعنى إثارة وعى المواطنين بالأمراض، وأعراضها ، والوقاية منها وطرق العدوى ، وأيسر طرق العلاج، وتعريف المواطنين بالمؤسسات الطبية والعيادات التى تقدم لهم فرص العلاج. وتعرفهم أيضاً بالإسعافات الأولية والوقاية من انتكاس المرض، والسبيل للوصول إلى هذه الأهداف، باستخدام وسائل الإعلام، وعقد المؤتمرات ، والمحاضرات، وعمل المنشورات ، وما إلى ذلك ..

الأهداف العلاجية :

وتكمن فى العمل مع المريض المحتاج إلى الخدمة الاجتماعية فى المؤسسة العلاجية، لتحسين درجة أدائه الاجتماعى .

الأهداف الإنمائية أو الإنشائية :

وتعنى إعادة تكيف المريض مع البيئة، أو إعادته للحياة الاجتماعية أى استعادة أقصى ما يمكن من قدرات المريض البدنية، أو الاجتماعية، أو النفسية وذلك من خلال برامج التأهيل الطبى، والنفسى والاجتماعى، والمهنى [1] .

---

(١) أنظر : المرجع السابق ، ص ٣٧ ، ٣٨ .

الفصل الثانى

التنظيم الاجتماعى للمؤسسة الطبية

- تمهيد .
- المؤسسة الطبية كتنظيم اجتماعى .
- مفهوم المؤسسة الطبية .
- نسق الخدمة الاجتماعية الطبية وعلاقته بالمؤسسة الطبية .
- نسق الخدمة الاجتماعية كضرورة حتمية فى المؤسسة الطبية.
- أسس العمل بنسق الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية .
- تنظيم وإدارة نسق الخدمة الاجتماعية الطبية .
- نسق الخدمة الاجتماعية الطبية وعلاقته بأعضاء الفريق العلاجي.
- الصعوبات التي تواجه نسق الخدمة الاجتماعية في المؤسسة الطبية .

تمهيد :

تُعد المؤسسة الطبية من المنظمات، التي يتوافر فيها البناء ، والوظيفة وهذا البناء يتساند أجزاؤه وظيفياً، لتحقيق أهداف المؤسسة من خلال مجموعة وحدات هذا البناء، الذى يُطلق عليه التنظيم الإدارى للمؤسسة الطبية، وذلك البعد البنائى الوظيفى هو الذى يحدد أنشطة الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية .

وفهم التنظيم .. يُمكننا من فهم الظواهر الاجتماعية فى المجتمع باعتبار أن التنظيم هو معمل طبيعى تجرى داخله الحياة الاجتماعية، والعميل فرداً ، أو جماعة، أو مجتمعا فى مهنة الخدمة الاجتماعية، يخضع فى النهاية لتأثير التنظيم، وبالتالى يتأثر العمل المهنى بخصائص التنظيم وظروفه .

هذا ، ولايوجد التنظيم من فراغ، ذلك لأنه يُعد نسقاً فرعياً داخل إطار أكبر وأكمل وأشمل هو المجتمع، فالمجتمع هو مصدر موارده البشرية والمادية، والتكنولوجية، وعليه يعتمد التنظيم فى رسم أبعاد سياسته وأيديولوجيته، بيد أن التنظيم يمارس فى الوقت ذاته تأثير من نوع آخر على المجتمع، مصدره الوظيفة التى يؤديها، والتى من خلالها يسهم فى تشكيل سياسة المجتمع الذى هو جزء منها .

ونسق الخدمة الاجتماعية الطبية، يُعتبر نسق من أنساق المؤسسة الطبية، تابع لإدارتها، ويخضع لإسرافها، ويعمل على إيجاد الترابط بين الأنساق الداخلية فى المؤسسة الطبية من جانب ، وعلى إيجاد الترابط بين المؤسسة والبيئة الخارجية ممثلة فى هيئاتها، ومواردها الطبية ،

والاجتماعية والتربوية، والاقتصادية.. وغيرها من جانب آخر.

وعلى ذلك خُصص هذا الفصل لعرض ومناقشة ثمانية موضوعات:

أولهما: المؤسسة الطبية كتنظيم اجتماعي.

ثانيهما: مفهوم المؤسسة الطبية.

ثالثهما: نسق الخدمة الاجتماعية الطبية وعلاقته بالمؤسسة الطبية.

رابعهما: نسق الخدمة الاجتماعية كضرورة حتمية في المؤسسة الطبية.

خامسهما: أسس العمل بنسق الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية.

سادسهما: تنظيم وإدارة نسق الخدمة الاجتماعية الطبية.

سابعهما: نسق الخدمة الاجتماعية الطبية وعلاقته بأعضاء الفريق الطبي.

ثامنهما: الصعوبات التي تواجه نسق الخدمة الاجتماعية في المؤسسة الطبية، سواء كانت صعوبات راجعة إلى المرضى أو راجعة إلى المؤسسة الطبية، أو راجعة لقصور الإمكانيات الثقافية والاقتصادية للبيئة، أو راجعة لمهنة الخدمة الاجتماعية ذاتها.

أولاً : المؤسسة الطبية كتنظيم اجتماعى :

إن فهم التنظيم ، يُمكننا من فهم الظواهر الاجتماعية فى المجتمع باعتبار أن التنظيم هو معمل طبيعى تجرى داخله الحياة الاجتماعية، فضلاً عن أن ذلك الفهم يتيح فرصة نادرة كى نتبين كثيراً من العمليات الاجتماعية والنفسية وغيرها، كالانحراف والامتثال، والتصنيف الاجتماعى، والضبط والتغير الاجتماعى. وهذه العمليات هى التى تحدد إطار ممارسة الخدمة الاجتماعية كمهنة، فالعميل فرداً ، أو جماعة ، أو مجتمعاً فى هذه المهنة وبصرف النظر عن أن محور اهتمام المهنة تنموياً أو وقائياً أو علاجياً، يخضع فى النهاية لتأثير التنظيم، وبالتالى يتأثر العمل المهنى بخصائص التنظيم وظروفه، بل إننى أزعم أن الإخصائى الاجتماعى فى أى مجال مهنى، وفى أى موقف فردى أو جماعى أو مجتمعى لن ينجح فى عمله وممارسته، إلا إذا أدرك وبوعى أنه لايتعامل مع فرد أعزل، إنما هو بالدرجة الأولى، يتعامل مع التنظيم، أو التنظيمات الاجتماعية التى ينتمى إليها الإنسان .

ونحن أحوج ما نكون إلى فهم التنظيم الاجتماعى، عندما يكون العمل المهنى منصرفاً إلى تنظيم وتخطيط وصياغة السياسة الاجتماعية للمجتمع، سواء على المستوى المحلى، أو المستوى القومى .

ذلك أن فعالية ورشد أى تنظيم اجتماعى باعتباره كيان هادف

مقصود تؤثر إلى حد بعيد على رشد المجتمع، وفعاليته .. كما يقول هومانز – بل وتعكس درجة تقدم ذلك المجتمع [١] .

ومهنة الخدمة الاجتماعية ، مهنة تمارس في منظمات قد تكون أنشئت خصيصاً لهذا الغرض وتسمى بالمنظمات الأولية، أو تمارس في منظمات أنشئت لممارسة أنشطة غير أنشطة الخدمة الاجتماعية وتمثل الخدمة الاجتماعية في هذه المنظمات جانباً من جوانب نشاطها، وتساهم في تحقيق أهداف هذه المنظمات على أكمل وجه وتسمى في هذه الحالة بالمنظمات الثانوية ومن أمثلتها المنظمات التعليمية، والطبية .. [٢] .

ومن المعروف أن تشخيص المرض وعلاجه، والوقاية منه يتطلب مهارات متعددة، وإمكانيات واسعة، ولاتشغل الخدمة الاجتماعية سوى حيزاً في هذا الكل ، يعاونه لتحقيق أهدافه، ولذلك ينظر إليها على أنها ثانوية بالنسبة للهدف الأصلي للتنظيم الطبي .

وهناك أشكال للمنظمات في مهنة الخدمة الاجتماعية تتمثل في المنظمات التي تقوم على تقديم خدمات مباشرة، وأخرى تقوم على تقديم خدمات غير مباشرة .

والذي يهمنا في هذا الصدد ، هو إلقاء الضوء على المنظمات التي تقدم الخدمات المباشرة، وذلك لأن المؤسسات الطبية– المستشفيات

---

(١) إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي ، دور الخدمة الاجتماعية في كفاءة أداء العمال الصناعيين، رسالة ماجستير ، غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الاسكندرية، ١٩٨١، ص ٧٣ .

(٢) عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد في المجتمع النامي، مرجع سابق ، ص ٢ .

– تُعد من هذا النوع من المنظمات .

ولقـد عـرف أرثر دانهـام Arthur Dunhan المنظمـة المبـاشـرة الخدمات، على أنها منظمة حيوية، ذات برنامج خاص، تركز اهتمامها تجاه الارتفاع بمستوى البرامج ونموها، وعلاقات المجتمع والعلاقات العـامـة، وزيادة الموارد الماليـة. ومن الضـرورى ممارسـة مـهنة الخـدمـة الاجتماعية فى المنظمة لمساعدتها فى تحقيق أهدافها، وأن ممارسة الخدمة الاجتـمـاعـيـة لايتم داخل المنظمـة فـحسب، بل يمتـد إلى خـارجـهـا، ليشمل البيئة المحيطة (١) .

وقـد تناول كل من روبرت بيـرلمان Robert Perlman وهرنولد جورين Hrnold Carin وظائف المنظمة حيث أشار كل منهما إلى أن للمنظمـة نوعين من الوظائف. إحـداهمـا وظائف ظاهرة، والأخـرى كـامنة. وهاتان الوظيـفـتـان يجب أن تتكامل وتتكاتف، حتى يمكن للمنظمة أن تحقق أهدافها ويرتفع مستوى أدائها (٢) .

وإذا نظرنا إلى المؤسسة الطبية – المستشفى – كـمنظمة – فإننا نجد أن لها بناء، ولها وظيفة، وهذا البناء يتساند أجزاؤه وظيفياً لتحقيق أهدافـهـا من خـلال مـجمـوعة وحـدات هذا البناء، الذى يطلق عليه

---

(1) Arthur Dunham, **The New Community Organization Thomasy**, Crewel Company, inc., N.Y., 1972, pp. 223 - 224.

(2) Robert Perlman & Hrnold Curin, **Community organization and Social planning,** pohn woly. Sons in the council for social work educat, N.Y., 1972, p. 93.

التنظيم الإدارى للمؤسسة الطبية. وذلك البعد البنائى الوظيفى ، هو الذى يحدد أنشطة الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية [1] .

وتتميز هذه التنظيمات بخصائص معينة، مثل تقسيم وتوزيع السلطة، والاتصال لايقوم على العفوية أو العشوائية، بل على التصميم بعناية للوفاء بأهداف معينة، إلى جانب وجود مركز قوى أو أكثر من مركز، يتحكم ويسيطر على نشاط التنظيم، ويوجهه لتحقيق أهدافه [2] .

هذا ، ولايوجد التنظيم من فراغ، ذلك لأنه يعد نسقاً فرعياً داخل إطار أكبر وأشمل هو المجتمع. وبمقتضى هذا التصور ، يخضع التنظيم لمؤثرات عديدة تتخذ أشكالاً مختلفة ومستويات متباينة، فالمجتمع هو مصدر موارده البشرية والمادية والتكنولوجية، وعليه يعتمد التنظيم فى رسم أبعاد سياسته وأيديولوجيته، بيد أن التنظيم يمارس فى الوقت ذاته تأثيراً من نوع آخرعلى المجتمع، مصدره الوظيفة التى يؤديها، والتى من خلالها يسهم فى تشكيل سياسة المجتمع الذى هو جزء منها [3] .

وعلى ذلك فإن هذا النسق له علاقات بالبيئة الخارجية لاستكمال متطلبات سيره، أو أداءه لدوره بفعالية، حيث تعتبر المنظمات أداة أساسية من الأدوات التى أصبحت المجتمعات تستخدمها لتحقيق أهدافها.، فهى

---

(١) عبد الحليم رضا عبد العال، أحمد وفاء حسين زيتون ، تنظيم المجتمع – أسس ومبادىء ، مرجع سابق ، ص ٢٧١.

(٢) محمد عبد المنعم نور، الطب والمجتمع، دار اللواء للنشر، القاهرة، ١٩٨١، ص ٦٢ .

(٣) السيد الحسينى ، النظرية الاجتماعية ودراسة التنظيم، دار المعارف ، القاهرة ١٩٧٥ ، ص ٢٨ .

(٤) إبراهيم عبد الرحمن رجب وآخرون، نماذج ونظريات تنظيم المجتمع، الكتاب الثانى، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة ١٩٨٣ ، ص ٤٨ .

التى تمكن المجتمع من تحقيق المستوى المرغوب فى الحياة [٤] .

ثانيا : مفهوم المؤسسة الطبية :

يقصد بالمؤسسة الطبية، كل هيئة، أو وحدة، أو تنظيم يستهدف تقديم رعاية صحية، سواء كانت علاجية، أو وقائية أو إنشائية وسواء كانت رعاية عامة، أو رعاية متخصصة، بلا استثناء، وتكتسب المؤسسة هذه الصفة العلاجية، أو الوقائية الصحية، لوجود عدد مناسب من المتخصصين فى شئون الطب ، كالأطباء ، والممرضين والإخصائيين فى شئون العلاج أو الكشف أو التحليل .. الخ [١] .

وينطوى تحت المؤسسات العلاجية .. المستشفيات العامة والمستشفيات التخصصية، والعيادات ، والمستوصفات، كما ينطوى تحت المؤسسات الوقائية.. مكاتب الصحة، ومراكز رعاية الطفل ومراكز رعاية الأمومة والطفولة، والصحة المدرسية، ومكاتب التثقيف الصحى، وكافة نشاطات مصلحة الطب الوقائى، أما المؤسسات الإنشائية فينطوى تحتها: دور النقاهة ، ومكاتب التأهيل المهنى ، ومراكز التأهيل المهنى ..الخ [٢].

وتتميز المؤسسة الطبية – خاصة كبيرة الحجم – بتعدد أقسامها الطبية المتخصصة، وأقسامها الإدارية المختلفة.. كما أن المؤسسة الطبية تتسم بطابع يميزها عن غيرها من المؤسسات والهيئات الاجتماعية، فهى

---

(١) أنظر: عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق ، ص ١١٤ .

(٢) أنظر: إقبال محمد بشير وآخرون، **الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى** ، مرجع سابق، ص ٨٤ .

نمط خاص من حيث المظهر والأداء، وطبيعة العملاء، فاللون الأبيض الموحد لجميع العاملين بها، والأسرة، وروائحة الدواء والمطهرات، ومنظر المرضى وآلامهم.. الخ . كل ذلك ، جعلها نموذجاً فريداً من المؤسسات تتميز بجو نفسي خاص بها .

كما تتميز المؤسسة الطبية كذلك ، بأنها وإن انتظمت تحت مجموعة من اللوائح والإجراءات لتنظيم شئونها، إلا أن طبيعة المرض، وفردية كل حالة من حالات المرض، تخضع هذه الإجراءات واللوائح وتطوعها لظروف كل مريض على حده، أى أنها لايمكن أن تسير على وتيرة روتين جامد، بل أن حالة المريض قد تقتضى حرية التصرف للطبيب وفق ظروف الحالة، فمقتضيات المريض تقرر الأسبقيات، كما تخضع إجراءات المؤسسة الطبية لظروفها[1] .

ثالثا : نسق الخدمة الاجتماعية الطبية وعلاقته بالمؤسسة الطبية :

١ – إن نسق الخدمة الاجتماعية فى المؤسسة الطبية، ليس وحدة مستقلة منفصلة، ولكنه جزء من إدارة المؤسسة الطبية، فهو مكمل للعمل الرئيسى الذى يتركز فى علاج المرضى. لذلك فإن الإخصائى الاجتماعى الطبى، يساهم بدوره ليكمل عمل فريق المؤسسة الطبية المكون من الأطباء ، وهيئة التمريض ، وإخصائيين العلاج الطبيعى والأشعة، والمعمل .. الخ .

---

(١) أنظر: عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون ، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين** ، مرجع سابق، ص ١١٤ – ١١٥

٢ - إن المؤسسة الطبية ، تنظر إلى المريض على أنه وحدة نفسية جسمية اجتماعية متكاملة متضامنة، لهذا فهى تهتم بالمريض اهتمامها بالمرض، وعلى ذلك يكون المريض من مسئولية الإخصائى الاجتماعى الطبى، فى حين يكون المرض من مسئولية الطبيب المعالج، فتعاون كل من الطبيب والإخصائى الاجتماعى الطبى، تحكمها وحدة شخصية المريض وتكاملها، فهو تعاون مطلق ، سواء فى المراحل الشخصية أو العلاجية ، أو فى فترات النقاهة .

٣- إن علاقة نسق الخدمة الاجتماعية بالبيئة الخارجية للمؤسسة الطبية تختلف إلى حد كبير عن علاقة نفس الإنسان بالمؤسسات الاجتماعية الأخرى بالبيئة.. حيث أن نسق الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية تقع عليه مسئولية كافة الاتصالات الخارجية، وهو مايطلق عليه أعمال العلاقات العامة بالمؤسسة الطبية .

٤- إن نسق الخدمة الأجتماعية بالمؤسسة الطبية له عدة أدوار متكاملة ومتساندة، تعمل على مساعدة المؤسسة الطبية فى تحقيق أهدافها.

فللنسق دوره مع الإدارة العليا ، والمسئولين عن اتخاذ القرار كما للنسق دوره فى تحقيق إنجازات ملموسة وفوائد عملية يلمسها المرضى كما يحسها القائمون بالعمل فى المؤسسة الطبية، وأيضاً للنسق دوره فى الجهود الاجتماعية التى يبذلها من أجل تحقيق الشفاء السريع للمريض داخل المؤسسة الطبية. وأخيراً للنسق دور فى تتبع حالة المريض بعد خروجه لبيئته الطبيعية، لتساعده على مواجهة مشكلات مرضه، وما

سببته من آثار اجتماعية واقتصادية لكى تمنع انتكاس حالته .

٥- إن المؤسسة الطبية الحديثة، تتميز بدرجة عالية من التخصص الدقيق، وهذا التخصص الدقيق أدى إلى أن يصبح عمل الطبيب ومسئوليته، تمثل حلقة واحدة من حلقات أخرى متعددة، متصلة أحياناً، وبعيدة الاتصال أحياناً أخرى .

فمرض الدرن مثلاً ، يحتاج إلى طبيب فى الأمراض الصدرية وآخر للأشعة، وثالث لتحليل البصاق والدم، ورابع لجراحات الرئة، ثم إلى جهود وخدمات اجتماعية وما يرتبط بها من خدمات مادية، وإسكانية، وعزل الأطفال، وخدمات نفسية، وإزاء ذلك فإن المسئولية الهامة لنسق الخدمة الاجتماعية الطبية، هى إيجاد التكامل ، والتناسق بين مختلف هذه الجهود لتساعد المؤسسة الطبية فى خدمة المريض وعلاجه، بالإضافة إلى الجهود التى تبذل لتحويل المرضى من جهة إلى أخرى، وتخفيف مظاهر القلق والحيرة المصاحبة لهذا التحويل.

٦- تُعتبر نفقات العلاج الطبى باهظة التكاليف، وخاصة إذا ما استدعى الأمر إجراء عملية جراحية أو الإقامة بالمؤسسة الطبية لفترة زمنية طويلة، ومن هنا فإن نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، يحاول بأساليبه المهنية مواجهة الظروف، وتذليل الصعاب، التى تعترض استفادة المريض من كل أساليب العلاج المقررة لحالته. وذلك باستغلال الموارد المتوفرة داخل المؤسسة الطبية أو خارجها وتوجيه المريض للاستفادة منها. بالإضافة إلى دوره فى محاولة استثمار الطاقات البشرية المحيطة بالمريض ولصالح هذا الأخير ولفائدة الأسرة [١] .

(١) أنظر: المرجع السابق ، ص ١١٥ - ١١٧ .

مما سبق ، يتضح درجة قوة علاقة وارتباط نسق الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية تلك العلاقة التى فرضتها طبيعة وحدة شخصية المريض النفسية والجسمية والاجتماعية، ومن ثم كان لازما على المؤسسات الطبية أن تستعين بنسق الخدمة الاجتماعية كى تستطيع أن تحقق أهدافها العلاجية والوقائية والإنشائية، كما كان لازما على نسق الخدمة الاجتماعية أن يؤدى دوره لمعاونة المريض للتغلب على مشكلاته التى تعوق خطط علاجه الطبى وتعطل أداءه الاجتماعى من جانب. ومساعدة المؤسسة الطبية على تحقيق أهدافها المرجوة من جانب آخر .

رابعاً : نسق الخدمة الاجتماعية كضرورة حتمية في المؤسسة الطبية :

يوجد العديد من الاعتبارات، والمبررات، التى تجعل من وجود نسق للخدمة الاجتماعية فى المؤسسة الطبية، ضرورة هامة، وأهم هذه الاعتبارات (١) :

١ - لما كان للمؤسسات الطبية نظمها وأساليبها الخاصة فى استقبال المرضى، وقبولهم للاستفادة من خدماتها وبعض امتيازاتها من فحوص وعلاجٍ ودواء. فإن نسق الخدمة الاجتماعية بحكم إعداده ومهاراته وخبراته يمكن أن يلعب دوراً جوهرياً فى ذلك .

٢ - لما كان التخصص، وتقسيم العمل، هو المفهوم الحديث الذى تنهجه جميع المؤسسات بصفة عامة والمؤسسات الطبية بصفة خاصة فإن

---

(١) أنظر: إقبال محمد بشير وآخرون ، **الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى**، مرجع سابق، ص ٨٨ ، ٨٩ .

نسق الخدمة الاجتماعية له خاصيته وتخصصه، والذى من خلاله يساعد المؤسسة الطبية على تحقيق أهدافها .

٣- لما كان المريض غالبًا أن يكون فى حالة مضطربة لاعتلال صحته وخوفه على حياته من مرضه، كما أن رهبة وغرابة الجو العام للمؤسسة الطبية يعمل على زيادة اضطرابه وترتره. لذا يستلزم وجود متخصصين للتخفيف من حدة هذا الاضطراب والقلق، وتبصير المريض بخدمات المؤسسة التى يمكن تقديمها إليه. وهذا لايتم إلا بوجود نسق للخدمة الاجتماعية فى المؤسسة الطبية .

٤- لما كانت طبيعة العمل بالمؤسسة الطبية، تجعل اهتمام الأطباء يتركز حول تشخيص المرض وعلاجه، ومن ثم ، لايجد لدى الطبيب متسع من الوقت لشرح المرض والعلاج، وحتى وإن سمح وقته بذلك فربما يخبر المريض بحقائق مفاجئة أو بأسلوب لايراعى فيه ثقافة المريض، ومن ثم يزداد قلق المريض وحيرته. وهنا يبرز أهمية وضرورة نسق الخدمة الايجتماعية بالمؤسسة الطبية، كى يتولى بأسلوبه المهنى شرح ظروف المرض وأبعاد وطرق علاجه للمريض .

٥- لما كان الفراغ الذى يشعر به المريض خلال فترة تواجده فى القسم الداخلى - وخاصة لفترات طويلة - يجعله يفكر فى همومه وأعباءه لدرجة قد تسوء بها حالته، مما يستلزم تنظيم برامج خاصة له لتخرجه من وحدته وهواجسه حتى لاتتعرقل خطط العلاج الطبى وهنا أيضاً يبرز أهمية وضرورة نسق الخدمة الاجتماعية لإقامة وتنظيم مثل هذه البرامج .

فإن عمل نسق الخدمة الاجتماعية الطبية هو جزء متمم لعملية العلاج الطبى .

٢- بالتبعية، فإن نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، يُعتبر نسق من الأنساق، أو قسم من أقسام المؤسسة الطبية تابع لإدارتها ويخضع لإشرافها .

٣- يجب أن تكون ميزانية نسق الخدمة الاجتماعية، جزءاً من ميزانية المؤسسة الطبية، تتولى حساباته إدارة المؤسسة .

٤- أن يسعى نسق الخدمة الطبية إلى تحقيق مزيد من الاعتراف بالخدمة الاجتماعية فى الوسط الطبى ويمكن أن يحقق ذلك بأساليب متعددة أهمها :

- أن تشكل لجنة استشارية لنسق الخدمة الاجتماعية الطبية تضم بعض أطباء المؤسسة، والإدارين ، بجانب الإخصائيين الاجتماعيين ، وذلك للانتفاع بخبرة هذه التخصصات. وتجتمع هذه اللجنة فى فترات منتظمة لتناقش التقارير الخاصة بسير العمل الاجتماعى الطبى ولتذليل ما قد يصادف من صعوبات .

- أن يمثل نسق الخدمة الاجتماعية الطبية عن طريق رئيسة بمجلس إدارة المؤسسة، وأيضاً اللجان الإدارية والفنية بالمؤسسة وذلك لتوصيل رأى النسق من خلال هذه اللجان .

٥- لما كانت طبيعة شخصية المريض وحدة نفسية جسمية اجتماعية متكاملة، ويتطلب علاجه جهود عمل الفريق. كان من

الضرورى إدماج نسق الخدمة الاجتماعية مع باقى أنساق ووحدات المؤسسة الطبية. وتجنب كل ما يؤدى إلى عزلة عن الأقسام الأخرى أو البيئة المحيطة بالمؤسسة .

٦- أفضل أسلوب ينتقى به نسق الخدمة الاجتماعية الطبية بالمؤسسة عملائه، هو أسلوب تحويل الحالات من قبل الأطباء المعالجين.

٧- إن جهود نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، ينظر إليها كجهود استثمارية أكثر منها جهود استهلاكية، ويتضح ذلك من التالى :

أ- أن هذه الجهود تساعد على تحقيق أقصى استفادة للمرضى من الخدمات العلاجية، وبالتالى سرعة الشفاء ومغادرة المؤسسة الطبية .

ب - تساعد هذه الجهود على تتبع حالات المرضى المنقطعين عن العلاج، أو غير المنتظمين فيه، مما يساعد على تحقيق رسالة المؤسسة الطبية .

جـ - تعمل هذه الجهود على زيادة طاقة المؤسسة الطبية، بتوفير الظروف الأسرية التى تمكن أكبر عدد من المرضى فى تحقيق علاجهم فى المنزل تحت رعاية المؤسسة الطبية .

د - المؤسسة الطبية بحكم وظيفتها، هى المكان التى يخرج منه المعوقين بعد علاجهم، وفى الاتصال المبكر عن طريق نسق الخدمة الاجتماعية الطبية لتوجيههم الوجهة التأهيلية المناسبة، ليصبحوا أفراد منتجين بدلا من أن يكونوا عبئا على أسرهم .

٨- يعمل نسق الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية على إيجاد

الترابط بين الأنساق الداخلية للمؤسسة من جانب وبين المؤسسه والبيئة الخارجية، ممثلة في هيئاتها ومواردها الطبية، والاجتماعية والترويجية، والاقتصادية وغيرها من جانب آخر .

٩- نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، يشترك مع بقية عناصر العلاج الطبي في استنادها على مبدأ الفردية والذى يعنى أن المريض وإن كان يشترك مع غيره فى الإصابة بمرض معين، إلا أن الظروف الفردية تختلف من مريض لآخر، باختلاف المكونات الذاتية والبيئية لكل حالة وأسلوب تفاعل هذه المكونات .

١٠- إن العلاقة المهنية تلعب دوراً رئيسياً فى نجاح عمل نسق الخدمة الاجتماعية الطبية فهى السبيل إلى فهم المريض والاحاطة بظروفه ومشكلاته، وملابسات مرضه وهى أداة أساسية للعلاج، وخاصة فى حالات بعض المضطربين وجدانياً، والعلاقة المهنية في ميدان الخدمة الاجتماعية تعتبر الوسيلة الأساسية التى عن طريقها يمكن مساعدة المريض على اختيار الحلول الملائمة، واتباع السلوك المناسب الذى يتفق وخطة العلاج الطبى الاجتماعى .

١١- تعتبر سرية المعلومات الخاصة بحالة المريض فى المجال الطبى، سرية جماعية، حيث أن علاجه يتم عن طريق عمل الفريق Team Work وبذلك يمكن لأفراد الفريق العلاجى الاطلاع عليها دون سواهم وتبادل الرأى فيها، كذلك تبادل ما لديهم من معلومات وحقائق عن الحالة

١٢- التسجيل المهنى أمر حيوى لتتبع جهود نسق الخدمة

الاجتماعية الطبية فى عمله مع المرضى، لذلك يجب أن يكون هناك اهتمام بهذا التسجيل، ويكون هناك تنظيم دقيق لحفظ المعلومات والسجلات .

١٣- يلزم أن نحدد لجميع المحتكين بنسق الخدمة الاجتماعية الطبية مسئولية هذا النسق قبل المؤسسة، حتى لايسند إليه كما جرت العادة فى بعض المؤسسات الطبية أعمال فى غير اختصاص الخدمة الاجتماعية بوجه عام، وفى المجال الطبى بوجه عام[1] .

سادساً : تنظيم وإدارة نسق الخدمة الاجتماعية الطبية :

١ - لتنظيم إدارة نسق الخدمة الاجتماعية الطبية يلزم :

أ- تحديد مسئولية القسم بشكل واضح .

ب - تحديد مسئولية كل عضو من أعضائه الفنيين .

حيث أن طبيعة عمل نسق الخدمة الاجتماعية الطبية تجعله يحتك ويتفاعل مع عدد من المتخصصين ممن يشاركون فى رعاية المريض لذلك ينبغى تحديد الصلة أو المسئولية تحديداً واضحاً .

٢ - يجب وضع هيكل إدارى لنسق الخدمة الاجتماعية الطبية على أن يوضع على رأس هذا الهيكل إخصائى اجتماعى، ويشترط أن يكون أقدم زملائه حتى يكون أكثرهم خبرة وأن يكون قد تمرس على أعمال النسق مدة كافية وتدرج فى وظائفه المختلفة، كما يفضل أن يكون قد حصل على دورات تدريبية مناسبة،تؤهله لمنصب رئاسة النسق.

---

(١) أنظر : المرجع السابق ، ص ٨٩ - ٩٣ .

٣- رئيس نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، يعتبر المسئول الأول عن سير أعمال النسق، فهو الذى يقوم بتوزيع الأعمال والمسئوليات على الإخصائيين الاجتماعيين التابعين له، كما ينظم ويوزع الأعمال والمسئوليات على أفراد السكرتارية التابعين له أيضاً والتى تتولى أعمال الكتابة، وحفظ البطاقات والملفات، وتحرير الخطابات المختلفة، كما أنه يشرف على عمال الخدمات التابعين للنسق لحسن سير العمل .

٤- بالنسبة لأسلوب تقسيم العمل بين الإخصائيين الاجتماعيين فى نسق الخدمة الاجتماعية الطبية فإن أسلوب العمل يأخذ أحد الشكلين التالين :

- إما أن يسند عدد معين من الحالات لكل إخصائى اجتماعى ليكون مسئولاً عنها مسئولية كاملة من جميع الوجوه (استقبال ، بحث، دراسة، تشخيص ، مساهمة فى علاج، تتبع) ولايشترط فى هذه الحالة أن يكون كل الحالات المسئول عنها من قسم واحد .

- وإما أن يعهد للإخصائى الاجتماعى مسئولية العمل مع مرضى قسم أو أكثر من أقسام المؤسسة الطبية، ليقوم برعايتهم وتقديم الخدمات إليهم.

٥- من الصعب تحديد عدد معين من حالات المرضى التى يمكن للإخصائى الاجتماعى رعايتها، وتقديم خدماته إليها وذلك راجع إلى كثير من الاعتبارات أهمها : تخصص المؤسسة الطبية ذاتها، ومستوى ونوع الخدمة الاجتماعية التى تقدمها المؤسسة الطبية، ميزانية المؤسسة الطبية ونصيب نسق الخدمة الاجتماعية منها، عدد الإخصائيين

الاجتماعيين بنسق الخدمة الاجتماعية الطبية، خبرة الإخصائيين الاجتماعيين ومهارتهم، واتساع البيئة التى تخدمها المؤسسة الطبية، والموارد الاجتماعية المتاحة بالبيئة .

٦- يجب أن يحتل نسق الخدمة الاجتماعية الطبية موقع مناسب حتى يسهل الاتصل به، سواء من المرضى أو الأطباء ، كما يجب أن يكون متسعاً بالقدر الذى يستوعب فيه جميع أعضاء النسق، مع توفير مكان لانتظار الحالات (غرفة للمقابلات المهنية)، وغرفة للموظفين الإداريين ، مع تزويده بالأثاث والأدوات التى تيسر حفظ الملفات والسجلات من جانب ،وتيسر لأعضاء النسق القيام بأعمالهم من جانب آخر .

٧- بصورة عامة، يمكن أن يتضمن مهام نسق الخدمة الاجتماعية الطبية ما يلى :

أ- وضع نظام العمل بالنسق، واعتماده من جهة الإشراف عليه.

ب - الإسهام فى إعداد الميزانية السنوية للنسق .

جـ - يعمل على توفير الإمكانيات وسبل الإشراف، التى تهيء مستوى ملائم للخدمة من جانب، والعمل فيه (سير العمل) من جانب آخر .

د- إجراء البحوث ، والدورات التدريبية، والتى من شأنها رفع كفاءة أعضاء النسق .

هـ - تقديم الخبرة، والمعونة الفنية، والمشورة، لجميع الجهات

والهيئات، والأفراد المهنيين بالمجتمع لزيادة خبراتهم بأمور الخدمة الاجتماعية الطبية .

و - هذا وجدير بالذكر، أن الإخصائى الاجتماعى الطبى، لايستعان به فى المؤسسات الطبية (المستشفيات) فقط ، حيث التنظيم يسير على النحو المتقدم، بل يستعان به دائماً فى الإدارة الصحية «تفاتيش الصحة» التى يختلف عدد العاملين بها من الإخصائيين الاجتماعيين الطبيين باختلاف برامجها الصحية والاجتماعية وحجم خدماتها » وبصورة عامة يقتضى الأمر أن يوجد على الأقل إخصائى اجتماعى طبى، وأن يكون لكل إدارة صحية خبير اجتماعى طبى [1] .

وعادة يقوم الإخصائى الطبى بالإدارات الصحية.. كحلقة اتصال بين العمل الصحى الوقائى ، وبين القائمين على شئون الرعاية الطبية والعلاج .

٨- التخصص المهنى بصورة عامة فى كافة المهن، يسير من العمومية إلى التخصص، ولاتختلف المؤسسة الطبية عن هذه القاعدة، فلم يعد العلاج الطبى كما كان فى الماضى عاماً، أو مقسماً لبضع تخصصات فقط كالتخصص الجراحى ، والباطنى، والرمدى، فأنشئت تخصصات دقيقة داخل التخصص الجراحى مثلاً.. كجراحة المخ، والأعصاب، والصدر ، والمسالك البولية، والقلب .. وغيرها، فكان لزاماً أن ينشأ مثل هذا التخصص المهنى فى مجال الخدمة الاجتماعية الطبية أيضاً، وإن لم يكن على نفس المستوى الدقيق الذى عليه المجال الطبى.

---

(١) هذا الوضع ، لم نصل إليه بعد ، فى ج . م . ع .

ومن أمثلة الخدمة الاجتماعية المتخصصة: الخدمة الاجتماعية الرمدية، والخدمة لاجتماعية الطبية لمرضى الدرن، والخدمة الاجتماعية الطبية لجراحة العظام،والخدمة الاجتماعية الطبية لمرضى العقول.. وغيرها [١] .

سابعاً : نسق الخدمة الاجتماعية الطبية وعلاقته بأعضاء الفريق العلاجي :

إن علاقة نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، لايقف عند حد علاقته بالمريض، بل تتعدى ذلك إلى العلاقة بأعضاء الفريق العلاجى، وخاصة الطبيب وهيئة التمريض .

ورغم أن الأطباء ظلوا عبر السنين الطويلة، يمثلون الطرف الوحيد الذى يلجأ إليه المرضى لحل مشكلاتهم، إلا أن الخدمة الاجتماعية الطبية رغم حداثتها، تمكنت من أن يعترف الأطباء بأهميتها وقدرتها على معاونة المرضى وإبداء العون لهم، وهذا يعتبر حجر الزاوية فى نجاحها .

ولما كان الفهم الكلى للمريض يتطلب ضرورة النظر إليه نظرة كلية تكاملية - كجسم ونفس وبيئة - أدى ذلك إلى حتمية علاجه عن طريق عمل الفريق Team Work الذى يشترك فيه أكثر من متخصص فى العملية العلاجية، بحيث تنصهر هذه التخصصات فى وحدة واحدة، تنتهى باتخاذ قرارات موحدة، يتفق عليها الجميع بشأن علاج المريض.

(١) أنظر : إقبال محمد بشير ، إقبال إبراهيم مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعى الحديث، إسكندرية، بدون سنة، ص ١٥٨ - ١٦٠ .

وترجع أهمية العمل الفريقى ، إلى أنه يضم مجموعة من المتخصصين فى مجالات معينة، وبالتالى يعمل كل عضو من الفريق من خلال إطار مرجعى لمعلومات تخصصه، مما يعطى للمريض أفضل فرص للشفاء العاجل .

ولما كانت أراء المتخصصين مختلفة تبعاً لتخصص كل منهم، لذا ينبغى إجراء لقاءات مشتركة لأعضاء الفريق، لمناقشة حالة المريض، ليساهم كل متخصص برأيه فى وضع أفضل الخطط العلاجية المناسبة لكل مريض .

ويسير العمل الفريقى على أسس رئيسية هى [1] :

- إدراك كل عضو من أعضاء الفريق لوظيفته، وتخصصه إدراكاً واضحاً.
- احترام كل عضو لعمل وتخصص كل من الأعضاء الآخرين.
- إدراك كل عضو لكيفية الإفادة، والاستفادة من الأعضاء الآخرين .
- إتاحة الفرصة لكل عضو لإبداء رأيه، وتوضيح دوره فى كل حالة فردية .
- أن تسود بين أعضاء الفريق علاقة تعاون وتفاهم وثقة مبنية على الاحترام المتبادل .

---

(١) أنظر : المرجع السابق ، ص ١٦٢ .

وعلى أى حال ، سوف نناقش على الصفحات التالية علاقة الإخصائى الاجتماعى الممثل لنسق الخدمة الاجتماعية الطبية، بأهم أعضاء الفريق الطبى .

١- علاقة الإخصائى الاجتماعى بالطبيب :

لقد ظل الأطباء عبر سنين طويلة؛ هم المهنيون الوحيدون المهيمنون على علاج العلل والأمراض، حيث يفد المرضى إلى المؤسسات الطبية قاصدين حل مشكلاتهم المرضية ولهذا السبب نجد أن فريق العمل يأخذ شكلاً رأسياً، يتربع الطبيب على قمته، ويلقى أوامره من أعلى إلى أسفل وكان موقع الإخصائى الاجتماعى تبعاً لذلك أكثر تعقيداً، لأنه دخل المجال الطبى متأخراً، بالإضافة إلى أنه مازال الكثير من الأطباء ينظرون إلى الإخصائيين الاجتماعين على أنهم أشخاص من ذوى القلوب الرحيمة، يهدفون إلى فعل الخير .

وقد يكون للطبيب المعالج الرأى النهائى الحاسم فى اتخاذ القرارات التى يراها مناسبة للمريض، فمن المعروف ، أن الطبيب – بحكم تخصصه هو السلطة العلمية التى يمكنها التشخيص، وإصدار التعليمات اللازمة، بما يتناسب مع حالة كل مريض .

وقد يختلف الأطباء فى تعاملهم مع أعضاء الفريق أنفسهم بل قد يختلف إيمانهم بقيمة هذا التعاون وإدراك أهمية الدور الذى يقوم به الآخرون وخاصة دور الإخصائى الاجتماعى. وعلى قدر إيمان واعتراف الأطباء بدور أعضاء الفريق ، يكون تعاونهم .

ولكن يمكننا القول بصدد علاقة الإخصائى الاجتماعى بالطبيب أنه من أجل وضع خطة علاجية متكاملة للمريض، فإنه ينبغى على الإخصائى الاجتماعى أن يشارك الطبيب التفكير والتخطيط المهنى، لصالح المريض .

فالطبيب ، حقيقة فى حاجة إلى الإخصائى الاجتماعى ليكشف له عن أحوال المريض الاجتماعية، والاقتصادية ومستواه الثقافى، وظروفه الأسرية هذا من جانب ، ومن جانب آخر، فإن الإخصائى الاجتماعى، هو أقدر أعضاء الفريق، على جعل المريض يتقبل بارتياح خطة العلاج الطبى بالاضافة إلى متابعة تنفيذ هذه الخطة حتى يشفى المريض.

وكما أن الطبيب فى حاجة إلى معاونة الإخصائى الاجتماعى له، فإن الإخصائى الاجتماعى من جانب آخر فى حاجة ماسة إلى الطبيب، ليساعده فى تحديد أنواع المساعدات الطبية التى يحتاجها المريض، ويحيطه بفهم كل ما يصعب عليه فهمه من ألوان المعرفة الطبية التى توضح له الموقف المرضى بشىء من الدقة .

إن تعاون كل من الطبيب والإخصائى ،. واجب ضرورى تحتمه وحدة شخصية المريض وتكاملها، فهو تعاون مطلق سواء فى المراحل التشخيصية أو العلاجية أو فترات النقاهة .

٢- علاقة الإخصائى الاجتماعى الطبيى بالممرضة :

للإخصائى الاجتماعى الطبى ، صلة وثيقة بالغة الأهمية بعمل الممرضات، وترجع أهمية هذه الصلة لما لطبيعة عمل الممرضة،

واحتكاكها الدائم المستمر بالمرضى، والفرص المتاحة لها لملاحظتهم، فهى تساهم فى زيادة معرفة أعضاء الفريق الطبى بالمريض، كما لها اسهامها الفعال فى تنفيذ خطط العلاج، وملاحظة استجابات المريض الصحية والنفسية لهذه الخطط .

وتتحدد العلاقة بين الإخصائي الاجتماعى الطبى والممرضة فى اتجاهين :

اولهما : من جانب الإخصائى الاجتماعى، حيث يوجه هيئة التمريض إلى نوع احتياجات المريض من راحة وهدوء ، ويوجههم إلى أسلوب التعامل الذى يناسبه، أيضاً يوجه الإخصائى الاجتماعى الطبى هيئة التمريض إلى أثر العوامل البيئية فى شخصية العميل، وأساليب المعاملة التى تناسبه وأهمية منحه الطمأنينة أثناء تقديم الدواء، وقد يطلب الإخصائى من هيئة التمريض معاونته فى فهم شخصيات المرضى بملاحظة ألوان سلوكهم، وردود أفعالهم فى المواقف المختلفة وملاحظة عما إذا كان يتردد عليه بعض الزائرين، ووقع هذه الزيارات، وأثرها عليه.

ثانيهما : من جانب الممرضة ، فقد تطلب من الإخصائى الطبى تفسير بعض أنواع السلوك الذى يتبعه المرضى، وكيفية التعامل معهم فى بعض المواقف، وإذا ما أعترضها بعض الصعوبات أثناء تفاعلها معهم، فإنها تلجأ إلى الاستعانة بالإخصائى لمساعدتها فى التغلب على مثل هذه الصعاب.

وأخيراً .. يجدر الإشارة إلى أن صلة الإخصائى الاجتماعى الطبى

بهيئة التمريض، تتوقف على صلة الإخصائى بالطبيب . فإذا كانت الصلة بين الإخصائى والطبيب صلة تعاونية قوية يعترف الطبيب بأهميتها لصالح المريض، فإن الإخصائى لايجد صعوبة فى الإفادة والاستفادة من بقية أعضاء الفريق العلاجى عامة، وهيئة التمريض بصفة خاصة .

٣- علاقة الإخصائى الاجتماعى الطبى بإدارة المؤسسة الطبية:

يتوقف النجاح الذى يمكن أن يحققه الإخصائى الاجتماعى الطبى فى تأدية عمله، على مدى قوة علاقته بإدارة المؤسسة الطبية التى يعمل بها فإذا اعترفت الإدارة بأهمية ما يؤديه من عمل، فإنها تتيح له كافة الإمكانيات والتسهيلات اللازمة لإنجاز عمله. هذا من جانب ، ومن جانب آخر فإن الإخصائى الاجتماعى يمكنه أن يؤدى كثيراً من الأعمال الإدارية أثناء تأديته لعمله .

وعلى ذلك ، تكون العلاقة بين الإخصائى الاجتماعى الطبى وإدارة المؤسسة الطبية علاقة مزدوجة، فالإدارة تقدم جميع الإمكانيات والتسهيلات اللازمة لإنجاز عمله، وهو بالتالى يمكنه أن يقدم بعض المساعدات الإدارية لصالح المرضى .

٤- علاقة الإخصائى الاجتماعى الطبى بباقى أنساق المؤسسة الطبية :

ومن أمثلة الأنساق التى يتعامل معها الإخصائى الاجتماعي أو

نسق الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية، أقسام الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية، وقسم المعامل، وقسم التغذية.. الخ ، ولابد أن تكون هذه العلاقة المتبادلة لتحقيق صالح المرضى، ولايأتى ذلك إلا إذا ساد حسن التفاهم، والعلاقات الطبية بين رؤساء هذه الأقسام وموظفيها، وتنظيم لهم لقاءات يجتمعوا فيها بين الحين والآخر، للاتفاق على أسلوب سير العمل وطريقة تقديم خدماتهم للمرضى متعاونين مع نسق الخدمة الاجتماعية الطبية (١) .

ثامناً : الصعوبات التى تواجه نسق الخدمة الاجتماعية فى المؤسسة الطبية :

أ- صعوبات ترجع للمرضى :

وهى صعوبات ترجع إلى المريض ذاته، من حيث شخصيته وعاداته، وقيمه ، ومعتقداته، والخبرات السابقة لديه، وتظهر تلك الصعوبات فى شكل مقاومة المريض لأى مساعدة تقدم إليه، وقد ترجع هذه المقاومة إلى عدة عوامل منها: شك المريض فى قيمه العلاج المجانى، إرتباط المريض ببعض التجارب المؤلمة بالمؤسسة الطبية، كوفاة بعض الأقارب والمعارف أو فشل علاجهم، والمخاوف المكبوتة من الصغر والتى قد تحتاج إلى معونة نفسية قبل الإقدام على إجراء جراحة لهم، جو المؤسسة المجهول يجعل بعض المرضى يترددون فى قبول العلاج بها خشية سوء المعاملة أو سوء التغذية أو ما شابه ذلك .

---

(١) أنظر : إقبال محمد بشير وآخرون ، **الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى** ، مرجع سابق، ص ٩٧ - ١٠٢ .

ويؤدى مجهود الإخصائى الاجتاعى الطبى فى مثل هذه الحالات إلى إقناع المريض، وزيادة ثقته بنفسه من جانب، وفى الخدمة الطبية التى ستؤدى له من جانب آخر .

كما أن هناك صعوبات تتصل بأسرة المريض، أى بمسئولية المريض قبل أسرته، فقد تحتاج الأسرة إلى مساعدات مالية لعدم وجود إمكانيات لديها يمكن استغلالها في فترة وجود عائلها بالمؤسسة الطبية وتكمن الصعوبة فى أحد أمرين، إما للحساسية الزائدة لبعض المرضى مما يجعلهم يرفضون أى معاونة مادية إلى أسرهم، وإما لنقص إمكانيات المؤسسة المادية، وبالتالى لاتستطيع أن تقدم أى مساعدة لأسر مثل هؤلاء المرضى .

ويمكن للإخصائى الاجتماعى أن يتعامل مع مثل هذا الظرف الأخير، بالعمل على استغلال موارد البيئة المحيطة بالمؤسسة الطبية، حتى يسد عجز ميزانية أسر هؤلاء المرضى .

٢- صعوبات ترجع للمؤسسة الطبية :

وهى صعوبات ترجع إلى المؤسسة الطبية ذاتها، من حيث قصور إمكانياتها، ومدى اعتراف الإدارة بمجهودات نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، وطبيعة العمل الإدارى بها ومدى تعاون أعضاء الفريق العلاجى بها، ومدى ضغط العمل على أطبائها. وتظهر تلك الصعوبات فى شكل عدم استطاعة المؤسسة الطبية توفير بعض الإمكانيات المادية التى يحتاجها الإخصائى الاجتماعى لإنجاز مهامه قبل المريض وقد لاتعترف الإدارة بقيمة جهود نسق الخدمة الاجتماعية، وبالتالى لاتمد يد العون لها، أو

تكون طبيعة العمل بالمؤسسة الطبية على درجة عالية من التعقيد، بحيث يتطلب الأمر مجموعة كبيرة من المجهودات الإدارية المعقدة حتى يستطيع نسق الخدمة الاجتماعية الحصول على موافقة معينة، أو على إمكانيات معينة تعينه على تحقيق برامجه وخدماته للمرضى، كما أن عمل الفريق فى بعض المؤسسات لم يستطع بعد أن يحقق التعاون المطلوب، حيث أن بعض الأطباء لايعتقدون فى أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية فى العلاج، والبعض الآخر يرون أنهم أقدر على تفهم احتياجات المريض النفسية والاجتماعية من أى شخص آخر. أما فى المؤسسات الفنية التى تعترف بمجهود الفريق الطبى، نجد أن ضغط العمل على الأطباء يحول دون عقد اجتماعات دورية لفريق العمل، وبالتالى يمثل ذلك عقبة أمام جهود نسق الخدمة الاجتماعية لتوضيح أثر الظروف الشخصية والاجتماعية والبيئية فى الموقف المرضى، وأيضاً الحصول على التفسير الطبى لمواقف بعض المرضى مما يساعد نسق الخدمة الاجتماعية الطبية على اتخاذ الإجراءات اللازمة لصالح المريض.

هذا ولايتوفر فى كثير من المؤسسات الطبية المكان المناسب لمزاولة الإخصائى الاجتماعى لعمله وخاصة فى الحالات الفردية والتى تتطلب السرية.. حيث يفضل أن يكون المكان قريباً من عنابر المرضى، والأقسام الداخلية، حتى لايعانى المريض مشقة فى الوصول إليه، كما يجب أن يكون المكان متسعاً لاستيعاب كل من يعمل بنسق الخدمة الاجتماعية الطبية، وكذلك متطلبات العمل المهنى من أماكن خاصة لحفظ السجلات والملفات الخاصة بحالات المرضى .

٣- صعوبات راجعة لقصور الإمكانيات الثقافية والاقتصادية للبيئة :

وهى صعوبات ترجع إلى حساسية البيئة الزائدة وفهمها الخاطىء لطبيعة بعض الأمراض .. كالأمراض التناسلية ، والصدرية ، والنفسية والعقلية، كما ترجع هذه الصعوبات أيضاً إلى ضعف أو ندرة إمكانيات البيئة أو المجتمع للموارد المادية الطبية .

وتظهر تلك الصعوبات فى النظرة الخاطئة لبعض المجتمعات أو البيئات إلى بعض الأمراض نظرة تخوف، أو سخرية، أو عار مما يدفع المرضى إلى الاحتفاظ بمرضهم، والتكتم الشديد عليه، خوفاً من إعلان حقيقته وافتضاح أمرهم، وقد يصل الأمر فى بعض الأمراض كالأمراض النفسية والعقلية أن التكتم على المرض واخفاؤه لايكون من قبل المريض فحسب، بل يكون من قبل الأسرة بأكملها، مخافة افتضاح أمرها، واهتزاز وضعها الاجتماعى فى بيئتها، ومن ثم لايجد نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، من يمده ببعض المعلومات التى يحتاج إليها النسق حتى يتسنى له تقديم الخدمة الملائمة .

كما تظهر تلك الصعوبات فى ضعف أو ندرة إمكانيات البيئة أو المجتمع للموارد المادية والطبية المناسبة، المتمثلة فى عدم وجود دور خاصة للنقاهة، وقلة عدد المؤسسات الطبية، وضيق سعتها ونقص مؤسسات التأهيل المهنى، وقلة عدد الأطباء والفنيين وهيئات التمريض بالنسبة لكثافة عدد المرضى، وندرة وجود الأجهزة المساعدة فى

التشخيص، وسوء حالة معامل التحليل، وأخيراً نقص عدد الإخصائيين الاجتماعيين المؤهليين للعمل فى المجال الطبى، وعدم وجود الفرص أما المريض لتغيير عمله، أو الحصول على عمل خفيف يناسب حالته الصحية .

٤- صعوبات راجعة لمهنة الخدمة الاجتماعية :

وهى صعوبات ترجع إلى قصور الخدمة الاجتماعية الطبية لحداثتها، وعدم إخلاص القائمين بها فى إثبات مكانتها، وتراخى العاملين بها فى إنجاز الأدوار التى يجب أن يقوموا بها، فركنوا إلى الراحة وتكاسلوا، ففقدوا ثقة من حولهم، وتشككت المؤسسات الطبية فى جدواها، ولم تحظى بالاعتراف المناسب بها .

وتظهر تلك الصعوبات فى نوعية بعض الإخصائيين الاجتماعيين العاملين فى المؤسسات الطبية، الذين فقدوا روح الحماس وبذل الجهد لإيضاح دورهم مع المرضى، واستسلموا للأمر الواقع وركنوا للتكاسل والانعزال عن باقى أقسام وأنساق المؤسسة الطبية، كما اكتفى بعض الإخصائيين الاجتماعيين فى المؤسسات الطبية، على مساعدة الفقراء، وتحويل بعض الحالات لمؤسسات الرعاية الاجتماعية وأصبحت صورتهم كما قيل عنهم.. من ذوى القلوب الرحيمة، وذلك بحثاً عن الراحة وعدم العناء .

هذا بالإضافة إلى أن كثيراً من الاخصائيين الاجتماعيين العاملين فى المجال الطبى غير معدين للعمل فى هذا الميدان، الذى يحتاج إلى

معرفة وخبرة وإعداد خاص [١] .

وعلى رجال الخدمة الاجتماعية وموسساتها الإكاديمية أن يضعوا فى اعتبارهم المتغيرات المجتمعية الحديثة التى اجتاحت العالم وأصبحت سمة هذا العصر ، حيث يسود العالم حالياً اتجاه يؤكد أن المشروعات الخاصة هى أفضل طريقة لتحسين الحالة الاقتصادية للأفراد والمجتمع ، وهذا يعنى أن الخصخصة قد أصبحت سياسة عامة فى اقتصاديات معظم الدول [٢] .

والخصخصة ينظر إليها على أنها مجموعة من السياسات المتكاملة التى تستهدف الأعتماد الأكبر على آليات السوق ومبادرات القطاع الخاص والمنافسة من أجل تحقيق أهداف التنمية والعدالة االاجتماعية [٣] .

ومفهوم الخصخصة فى الرعاية الاجتماعية يستهدف الحد من

(١) أنظر كل من : إقبال محمد بشير ، إقبال ابراهيم مخلوف ، **الرعاية الطبية والصحة ودور الخدمة الاجتماعية**، مرجع سابق، ص ١٧١ – ١٧٥ –.

– إقبال بشير وآخرون ، **الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى** ، مرجع سسابق ، ص ١٠٢ – ١٠٣ .

(٢) طلعت مصطفى السروجي ، **الاثار الاجتماعية لخصخصة مشروعات المجالس المحلية فى الريف – دراسة ميدانية** ، المؤتمر العلمى الحادى عشر للخدمة الاجتماعية – الخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادى والعشرين ، المجلد الثانى ، (القاهرة : جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية ، ٣١ مارس – ٢ إبريل ١٩٩٨) ص ٤٠٤ .

(٣) صديق محمد عفيفى ، **التخصصية واصلاح الاقتصاد المصرى** ، (القاهرة : مركز الدراسات السياسية بالأهرام ، ١٩٩١) ص ٥ .

الوظائف الحكومية والتوسع فى دور القطاع الخاص فى تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية[1] ، أو هو اتجاه حكومى أو مجتمعى لتشجيع القطاع الخاص علي إشباع حاجات المواطنين الاجتماعية ، وهى محاولة لتقليص ما عرف بدولة الرعاية[2] .

إن الخصخصة التى تعنى تخلى الدولة عن بعض أدوارها فى تقديم الكثير من خدمات الرعاية الاجتماعية لما تعانيه الحكومات من إجهاد اقتصادى ومشكلات ميزان المدفوعات والمديونيات الخارجية الأمر الذى ترك الساحة لآليات السوق وظهور المنظمات الخاصة - التى من بينها المؤسسات الطبية - التى تقدم خدماتها مقابل ماتتقاضاه سعياً وراء الربح.

فمجهودات نسق الخدمة الاجتماعية وما يتكبده من نفقات منصرفة على الخدمات التى يقدمها للمرضى ، والرواتب التي يتقاضاها الإخصائيون الاجتماعيون العاملين بالنسق ، لابد وان تكون جدواها مربحة للمؤسسة الطبية وإلا ما أقدمت عليها .

---

(1) Lois Bryson, **Welfare and The State**, (London : Macmillan, 1992) P. 97.

(٢) أحمد وفاء زيتون ، تخصصية الخدمة الاجتماعية ، المؤتمر العلمى الثامن - الخدمة الاجتماعية والتنمية المحلية . (القاهرة : جامعة القاهرة ، كلية الخدمة الاجتماعية فرع الفيوم ، ١٧ - ١٩ مايو ١٩٩٥) ، ص ٢٤٨ ، ٢٤٩ .

الفصل الثالث

المريض والصحة والمرض

- تمهيد :
- أولاً : مفهوم الصحة .
- ثانياً : مفهوم المرض .

ثالثاً : شخصية المريض .

تمهيد :

تتشكل الشخصية نتيجة تفاعل سمات الوراثة الجينية للفرد مع بيئته فهي تتعدل، وتتحور ، وتتهذب فى هذا التفاعل ، أى أنها عملية تعلم .

والشخصية تمر فى مراحل مختلفة من الطفولة المبكرة حتى النضج ونعنى هنا بالنضج وجود تناسق فى سمات الشخصية بالدرجة التى تطبّع علاقات الفرد بالآخرين بطابع السلوك السوى من جانب ، وتعينه على تحمل كافة المسئوليات وتقبل التضحيات فى سبيل أسرته ومجتمعه من جانب آخر .

ولكن هذا ليس معناه أن الشخص البالغ عمرياً، حتما أن يكون قد وصل إلى مرحلة النضج المتوقع، إذ أن النضج الجسمى لايرتبط بالضرورة بنمو الشخصية ونضجها .

وتأسيساً على ماسبق، نجد أنه لايوجد شخصان يعنى المرض بالنسبة لهما شيئاً واحداً، أو يستجيبان نفس الاستجابة حتى ولو كانا يعانيان من نفس المرض، فلكل مريض شخصيته التى تميزه سلباً أو إيجاباً عن الآخرين وله أسلوبه الخاص فى حياته، وطريقته فى التفكير، واتجاهاته وقيمه وتقاليده الخاصة .

حقيقة أن الإنسان قد يتشابه مع الآخرين فى بعض الصفات العامة إلا أنه يختلف عنهم فى صفات أخرى تجعل له طابعاً متميزاً فريداً من نوعه فى استجابته لمرضه، واستجابته للعلاج، واستجابته للمعاملة من الهيئة الطبية أو من الآخرين فى بيئته .

ومن هذا المنطلق ، يخرج مفهوم هام، أن الإنسان المريض ينبغى ألا ينظر إليه على أنه من فئة مرض معين، أو مجموعة عنبر معين ، ولكن ينبغى النظر إليه على اعتبار أنه إنسان فرد ، له فرديته الخاصة به، والتى تميزه عن الأفراد الآخرون .

وعلى ذلك ، خصص هذا الفصل لعرض ومناقشة ثلاثة موضوعات :

أولهما : مفهوم الصحة :

وتم فيه مناقشة تعريف الصحة ، ودرجاتها ، والمفهوم الاجتماعى للصحة العامة.

ثانيهما : مفهوم المرض :

وتم فيه مناقشة تعريف المرض، واختلاف معانيه باختلاف الأفراد.

ثالثهما : شخصية المريض :

وتم فيه مناقشة أهم عوامل الوراثة الجينية والاجتماعية المكونة لشخصية المريض، والتى لها اليد الطولى فى سلوكه قبل مرضه،

والعوامل التى تحدد معنى المرض لدى المريض، سواء كانت عوامل راجعة لطبيعة المرض أو راجعة للمؤسسة، أو راجعة للمجتمع .

أولاً : مفهوم الصحة :

الصحة مفهوم نسبى من القيم الاجتماعية للإنسان، وقد حاول الكثير من العلماء تعريف الصحة، ولعلنا نذكر القول القائل « الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء ، لايعرفه إلا المرضى »، وهو يشير إلى أهمية الصحة للإنسان، ولكن يعجز عن تحديد كنهها ، ويؤكد عدم الإحساس إلا بالناحية السلبية منها وهى حالة المرض .

ومن ناحية أخرى ، عرف العالم بركنز Perkins الصحة بأنها «حالة التوازن النسبى لوظائف عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه » .

وقد عرفت هيئة الصحة العالمية مفهوم الصحة على أنه «حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية ، والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز ».

وقد اعتبر هذا التعريف بمثابة هدف أكثر من كونه تعريف ولكن من الواضح أنه أكد ارتباط الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية فى الإنسان لدرجة أنه إذا انتقص أى جانب من هذه الجوانب ينتج عنه عدم تكامل الصحة .

وكذلك يمكن تعريف الصحة من ناحية شدتها على أنها مدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية، والطرف الآخر هو انعدام الصحة

(الموت) ، وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة. وعلى ذلك تكون درجات الصحة هى :

١- الصحة المثالية:

وفيها التكامل والمثالية البدنية، والنفسية، والاجتماعية ونادراً ما يتوفر هذا المستوى ، ولكنه هدف بعيد لبرامج الصحة العامة والاجتماعية، نحاول الوصول إلى تحقيقه .

٢- الصحة الإيجابية (المقاربة للمثالية) :

وفيها تتوفر طاقة صحية إيجابية تمكّن الفرد أو المجتمع من مواجهة المشاكل ، والمؤثرات البدنية والنفسية والاجتماعية، دون ظهور أى أعراض أو علامات مرضية .

٣- سلامة متوسطة:

وفيها لاتتوفر طاقة إيجابية من الصحة، وعند التعرض لأى مؤثرات يسقط الفرد أو المجتمع فريسة للمرض .

٤- المرض غير الظاهر:

وفى هذا المستوى لايشكو المريض من أعراض ، ولكن يمكن اكتشاف الحالة المرضية بعلامات أو اختبارات خاصة .

٥- المرض الظاهر:

وفى هذا المستوى يشكو المريض من أعراض يحس بها، ولها علامات مرضية ظاهرة له .

١- فلسفة الصحة العامة :

تطورت فلسفة الصحة العامة الحديثة من الاهتمام بالفرد إلى الاهتمام بالمجتمع حتى أن بعض العلماء يعرفون علم الصحة العامة على أنه « علم تشخيص وعلاج المجتمع » ، بينما يعرفون الطب على أنه « علم تشخيص وعلاج الفرد »، وعلى هذا الأساس ، فمن الضرورى للعاملين فى الصحة العامة دراسة تركيب المجتمع، كما يدرس العاملون فى الطب تركيب جسم الإنسان، وكذلك دراسة وظائف المجتمع، كما يدرس العاملون فى الطب وظائف أعضاء جسم الإنسان حتى يمكن لهم تشخيص وعلاج المجتمع على الوجه الأكمل ، ولايتسنى هذا ، إلا بدراسة العلوم الاجتماعية الأساسية (علم الاجتماع ، وعلم النفس الاجتماعى، وعلم الأنثروبولوجيا الاجتماعية... الخ) .

٢- تعريف الصحة :

التعريف الحديث للصحة، والذى وضعته هيئة الصحة العالمية، يقول أن «الصحة هى حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية، والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز » وكما نرى، فإن الناحية الاجتماعية مكون أساسى فى تعريف الصحة ولايمكن للعاملين فى الصحة العامة أن يحققوا السلامة والكفاية للفرد أو الجماعة، أو المجتمع، دون دراسة الأوجه الاجتماعية لحياة الإنسان والارتفاع بها كهدف أساسى، بجانب النواحى النفسية والبدنية .

٣- إصطلاح الصحة العامة :

النظرة السريعة لاصطلاح الصحة العامة تؤكد لنا أن هذا المصطلح مكون من كلمتين، إحداهما نتيجة وهدف وهى الصحة والثانية العملاء أو المستفيدين وهى العامة بمعنى الناس، وهذا يؤكد ضرورة دراسة العامة، أو الناس حتى يمكن أن نحقق لهم أعلى مستوى من الصحة، وهذا لايتأتى إلا بدراسة العلوم الاجتماعية .

وفى الواقع فإن هذا الاتجاه يكتسب أهمية خاصة، نتيجة تحول صورة المشاكل الصحية إلى الأنواع التى لايمكن علاجها إلا بالمشاركة الإيجابية من جانب عامة الناس، مثل أمراض سوء التغذية أو الأمراض الطفيلية (البلهارسيا - الإنكلستوما - الإسكارس)، فهى تتطلب تجاوب الناس مع العادات الغذائية السليمة، وكذلك سلوكهم السلوك الصحى السليم، فيما يتعلق بشرب المياه النقية، أو قضاء الحاجة فى المراحيض لمنع تلوث المياه والطعام .. الخ .

٤- الأسباب غير الطبية للمشاكل الصحية :

الدراسة التفصيلية للمشاكل الصحية تؤكد أن الكثير منها ينتج بطريق مباشر أو غير مباشر من عوامل غير طبية، من ثقافة وعادات وتقاليد .. الخ ، وفى الواقع تعمل هذه العوامل فى الغالب على توطن هذه المشاكل الصحية واستمرارها فى المجتمع والأمثلة على ذلك كثيرة ، منها :

أ- إرتفاع معدل وفيات الأطفال الرضع بالبلاد النامية عنه فى

البلاد المتقدمة بعدة أضعاف، ومن أهم العوامل التى تؤدى إلى هذا .. الفقر وما يتبعه من نقص فى التغذية وافتقار المسكن للشروط الصحية، والجهل والأمية وما يستتبعه فى انخفاض مستوى وعى الأمهات فيما يتعلق بصحة الأطفال، والاعتقاد الشديد بالقضاء والقدر وعدم الأخد بالأسباب وانخفاض المركز الاجتماعى للطفل فهو ليس بذى قيمه .

كل هذه العوامل ، وغيرها من عوامل اجتماعية تساعد على ارتفاع معدلات الوفيات بين الأطفال، وبخاصة الأطفال الرضع.

ب - مشكلة البلهارسيا :

حيث ينتشر هذا المرض الطفيلى انتشارا كبيرا فى ج.م.ع نتيجة الكثير من العوامل غير الطبية، فمثلا :

- ينتشر فى القطاع الريفى ، حيث يعمل الناس فى الزراعة حيث أن بعض العلماء يعتبرونه مرضاً مهنياً لانتشاره بين الفلاحين وارتباطه بأعمال الفلاحة والرى التى تستلزم أن يقوم الفلاح بغمس أطرافه فى المياه أثناء عمليات الرى.

- يقوم الأطفال فى الريف بالاستحمام والسباحة فى الترع وبالتالى تتم عدواهم بالسركاريا فيصابون بالبلهارسيا .

- من شروط الصلاة فى الإسلام الوضوء ، وللسهولة يقوم الفلاحون بإعداد مصلات على ضفاف الترع، حيث تتوفر المياه التى تستعمل فى الاستنجاء والوضوء .

– اختفاء الأعراض المرضية من دم فى البول وحرقان أثناء فترة العلاج، ولذلك يتوقف المرضى من الفلاحين عن الاستمرار فى العلاج ظنا منهم أنه قد تم شفاؤهم، ونتيجة ذلك تعود ديدان البلهارسيا إلى حيويتها داخل جسم المريض، وتعود الأعراض فى الظهور .

جـ - مرض الإنكلستوما :

ينتشر هذا المرض الطفيلى فى الريف أيضاً نتيجة عوامل غير طبية كثيرة، منها التبرز فى الحقول الرطبة، فتفقس بويضات الإنكلستوما المعدية، فتثقب جلد القدم إلى داخل الجسم مسببة المرض، ويكمن وراء هاتين العادتين (عادة التبرز فى الحقول خارج المراحيض ، وعادة السير حفاة الأقدام) الجهل من جانب ، والفقر من جانب آخر .

د - الرمد الحبيبى :

وهو من أمراض العيون، وهو يصيب غالبية المصريين فى طفولتهم ويعتبر السبب الأول لفقد البصر. ومما يساعد على انتشاره وعدم الاكتراث كثيراً به ، بعض القيم والعادات السائدة فى المجتمع مثل :

– تعليق الخرزة الزرقاء على جبهة الطفل لمنع الحسد عنه فتلوث هذه الخرزة وتنقل العدوى إلى عينى الطفل .

– عدم إدراك الخطورة التى قد يسببها الذباب عندما يسقط على عينى الطفل السليم.

– إرتفاع قيمة الشيوخ العميان قديما، واتساع الفرصة لهم فى

حفظ القرآن الكريم، والتعليم والالتحاق بالأزهر، مما كان يهون من قيد فقد البصر .

هـ إنتشار الذباب :

ويرجع ذلك إلى العوامل الآتية :

- حفظ القرويين لماشيتهم فى حظائر داخل المنازل حرصاً علي وحتى تكون تحت سمعهم وبصرهم، مما يوفر مجالاً خصباً لتوالد الذبا داخل المساكن .

- حفظ أكوام السباخ التى تخرج من الحظائر أمام المنازل يهي مجالاً خصباً لتوالد الذباب .

- جمع روث الماشية (الجلة) وعملها على صورة أقراص تجفف فوق أسطح المنازل، يهيىء فرصاً أخرى لتوالد الذباب .

- التخلص من القمامة بالقائها مكشوفة بالطرقات يهيىء فر مناسبة لتكاثر الذباب .

و - الكساح بين الأطفال :

ينتشر الكساح بين الأطفال نتيجة تغطية الأطفال وحجبهم ع الشمس خوفاً عليهم من نزلات البرد من جانب ، والحسد من جان آخر، وهذا يمنع وصول الأشعة فوق البنفسجية إلى جلدهم وبالتال لاتتكون فى أجسامهم كميات كافية من فيتامين د مما قد يؤدى إل إصابتهم بالكساح .

وفى الواقع أن الدراسة المستفيضة لأي من المشاكل الصحية فى أى مجتمع، تؤكد فى أغلب الأحيان أهمية الأسباب الاجتماعية والثقافية والنفسية كعوامل هامة فى أسباب هذه المشكلة .

٥- المعتقدات الخاطئة والطرق غير العلمية فى أسباب وعلاج المشاكل الصحية :

من الملاحظ أن الكثير من المعتقدات المتعلقة بأسباب وعلاج للمشاكل الصحية، لاتعتمد فى أحيان كثيرة على أسس طبية علمية بل تستند على معتقدات خاطئة متوارثة .

ومن أمثلة هذه المعتقدات الخاطئة مايلى:

- العين الحاسدة :

كثير من الناس وخاصة فى الأوساط التى ينخفض فيها الوعى الصحى، يغالون فى الحسد كسبب للأمراض، ولذلك يخفون أطفالهم عن الأنظار، أو يلفونه فى خرق أو ملابس قذرة، حتى لايسقط فريسة للعين الحاسدة، وبالتأكيد يكون أثر قذارة الطفل، وقذارة ملابسه أخطر على صحته من العين الحاسدة، ومن إجراءات الوقاية من العين الحاسدة أيضا تعليق خرزة زرقاء على جبهة الطفل، مما يؤدى إلى تلوثها، ومن ثم إصابة العينين بأمراض مختلفة .

- البرد والرطوبة :

كثير من الناس يعتقدون أن العديد من الأمراض يحدث من البرد

أو الرطوبة، فيقولون عنده برد أو رطوبة فى القلب أو الرأس ، أو أى عضو، وقد أثبتت الدراسة والبحث أن السبب فى ارتباط المرض بالبرودة، ناتج من برودة جثة الميت أى أن البرد يعنى فقد الصحة .

- الملابس الحمراء فى مرض الحصبة :

يعتقد الكثير من الناس أن الطفل المريض بالحصبة، يتم علاجه بارتداء ملابس حمراء، وقد يمتد هذا إلى الفراش ، وطبعاً لم يثبت علمياً نجاح هذا العلاج، ولو أننى أعتقد أن فائدة اللون الأحمر قد تكون فى الإقلال من شدة إضاءة حجرة المريض، مما يساعد على راحة عينيه التى يؤلمها شدة الضوء .

- العلاج بالكى بالنار :

وهى عادة منتشرة فى الريف، فيقوم الأهالى بعلاج الروماتيزم أو الأورام، أو الأمراض المزمنة بالكى بالنار، وقد يؤدى هذا إلى تلوث الجرح الناتج من الكى، مما يؤدى إلى مضاعفات كثيرة .

- العلاج بالترمسة :

قد يلجأ بعض المرضى إلى غرس بعض الحبوب (الترمس أو الحمص) تحت الجلد، وينتج عن هذا تقيح شديد نتيجة تفاعل الأنسجة مع هذا الجسم الغريب، وقد يؤدى هذا إلى مضاعفات شديدة .

- الـــزار :

قد يلجأ بعض المرضى بأمراض مزمنة، وخاصة الأمراض العصبية

إلى إقامة حفلات زار، إعتقاداً منهم بأنهم بذلك يرضون الجان الذى بمرضهم فيخفف من ضغطه على المريض .

- إستخدام الأحجبة والبخور فى العلاج :

وقد يلجأ بعض المرضى إلى استخدام بعض الأحجبة أو البخور كعلاج، أو كإجراء وقائى من العين الخاسدة .

٦- السلوك الصحى :

يستلزم الارتفاع بالصحة العامة فى المجتمع تغيير أساسى فى سلوك الأفراد والجماعات، فمثلاً إنتظام الأمهات فى التردد على عيادة الحوامل طوال فترة الحمل، ليس عملاً آليا، بل هو عمل سلوكى هادف ، يستلزم تغيير اتجاهاتهن، وأفكارهن، وقيمهن، ومعتقداتهن فيما يتعلق بالحمل ورعايته، ولايمكن للعاملين فى الصحة العامة النجاح فى تغيير سلوك الناس إلى سلوك صحى سليم، دون دراسة واعية للعوامل التى يترتب عليها تغيير سلوك الإنسان وهذا يتطلب دراسة العلوم الاجتماعية والسلوكية

٧- لنجاح مشاريع وبرامج الصحة العامة، لابد من جذب العاملين للعمل فى هذا الميدان، ثم يتم تشجيعهم بالدوافع والحوافز ليعملون قصارى جهدهم لإنجاح برامج الصحة العامة الذى يعملون فيه، وهذا يتطلب من المخطط والمنفذ الصحى دراسة العلوم الاجتماعية، والسلوكية، حتى تعينه فى استغلال الدوافع والحوافز لدى مرؤسيه، كل هذه العوامل وغيرها، تؤكد أهمية اعتبار علم الصحة العامة من العلوم الاجتماعية،

كما تؤكد أهمية دراسة العاملين فى مجالات الصحة العامة للعلوم الاجتماعية والسلوكية حتى تمكنهم من أداء رسالتهم على أفضل وجه .

ثانيا : مفهوم المرض :

إن للمرض معانى متعددة تختلف باختلاف الأفراد، فهو يشتمل على نواح طبية، واجتماعية، واقتصادية، ويؤثر المرض على الأفراد بطرق مختلفة إما مباشرة، أو غير مباشرة، وله نتائج خاصة على الأفراد والمجتمعات.

والخدمة الاجتماعية الطبية، يهمها فى المقام الأول أن تصل للمعنى الذى يكونه المريض لنفسه عن مرضه، ويلعب هنا الإخصائى الاجتماعى دوراً رئيسياً فى ترجمة ماذا يعنى المرض لمن يتعامل معهم من المرضى، حتى يساعدهم فى إستخدام إمكانياتهم الشخصية والاجتماعية، للتغلب على المرض واستعادة نشاطهم مرة أخرى.

والمرض يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم على القيام بدوره خير قيام كما يحدث أيضاً إذا اختل أو انعدام التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم فى أداء وظائفها [1] .

ويعرف قاموس ويستر الدولى المرض باعتباره حالة أن يكون الأنسان معتل الصحة، وأن يكون الجسم فى حالة توعك بسبب المرض. والمعنى

---

(1) Encyclopedia of social work. Nasw, N.Y., 1977. p. 491.

الحرفى لكلمة المرض، هو الاحتياج للراحة .

هذا ولايوجد شخصان يستجيبان نفس الاستجابة حتى ولو كانا يعانيان من نفس المرض، فإن كل مريض له شخصيته التى تتميز بفروق خاصة، وفى الوقت نفسه هو جزء من وحدة أكبر هى بيئته الاجتماعية، وهو جزء من المجموع الكلى للعلاقات الاجتماعية التى تحيط به.

وقد يساعد فى تمييز فردية الحالة، اعتبار طبيعة المرض، وشخصية المريض، وبيئته الاجتماعية، ثم أنواع العلاقات والتفاعلات القائمة بين هذه الأقطاب الثلاثة [١] .

والمرض Illness ليس مرادفاً تمامًا للاعتلال Sickness أو السقم Disease .

فالمرض .. يمكن أن يحدد بأنه الإدراك الواعى بعدم الراحة ويؤثر فى فردية الكائن الحى وشخصيته .

والاعتلال.. يحده بأنه حالة من الاختلال الوظيفى ، والتى يتأثر بها الجانب الاجتماعى، وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين .

والسقم .. هو حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفى، تؤثر على فردية وشخصية الفرد [٢] .

---

(١) أنظر: فاطمة الحارونى ، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية، مرجع سابق ، ص ٦١٤

(2) M.W. Susser & W. Watisen, **Socialogy in Medicine**, third Edition, N.Y., 1975.

والمرض معناه الإقلال من القدرة الطبيعية للفرد على الوفاء بالتزاماته تجاه أسرته ومجتمعه، كما أنه يزيد من المتاعب النفسية كالتوتر، والقلق والخوف، خوف من الموت، أو خوف من الجراحة، أو خوف من العاهة، أو خوف من المجهول، كما يختلف الأفراد فى فكرتهم عن المرض، وعن العلاج وعن التردد على الطبيب، وعن الإقامة بالمستشفى، وعن فكرتهم عن طبيعة مرض من الأمراض، فالإنسان وإن تشابه فى بعض الصفات العامة إلا أنه مختلف عن الآخرين كذلك فى صفات أخرى تكسبه طابعاً متميزاً، وعنصراً فريداً من نوعه .

فهذا العطاء الوراثى المختلف والفردى، يتفاعل بدوره مع عوامل بيئية مختلفة فى كل فرد عن الآخر تمام الاختلاف، لتنصهرا معا فى وحدة متميزة يطلق عليها الشخصية، ومن ثم كانت استجابات المريض لمرضه، واستجابته للعلاج، ولإسلوبه فى المعاملة، مختلفة من فرد إلى آخر، وينعكس كل ذلك على تصرفات المريض أثناء علاجه بالمؤسسة العلاجية،و لتخرج منه ردود أفعال معينة تجاه مرضه من جانب، وتجاه الطبيبب وهيئة التمريض من جانب ثانى وتجاه الثقة فى العلاج والاستمرارية فيه من جانب ثالث .. الخ .

وعلى ذلك، تختلف ردود أفعال المريض باختلاف تكوين شخصيته فالشخصية المتواكله، أو السلبية، أو الاندفاعية ،أو القاقة، أو اليائسة، أو

العدوانية، يكون لكل منها ردود أفعال مختلفة إزاء المريض والمؤسسة الطبية ككل [1] .

ثالثا : شخصية المريض :

وسنتناول فيما يلى أهم عوامل الوراثة الجينية والاجتماعية المكّونة لشخصية المريض، والتى لها اليد الطولى فى سلوكه قبل مرضه :

أ- عوامل الوراثة الجينية :

ويقُصد بها تلك السمات ، أو الاستعدادات، أو القدرات التى يكتسبها الأبناء من الأباء والأجداد عن طريق الجينات والكروموزومات التى يحملها الحيوان المنوى للرجل، والبويضة فى المرأة، فيكون من نتاجها الجنين الذى ينتقل إليه بعض الصفات لتشكل أعضاؤه الداخلية، ومظهره الخارجى ونستطيع القول، أن صفات الإنسان الثابتة نسبياً أى التى لاتستطيع عوامل البيئة أن تغيرها إلا فى حدود ضيقة تُعد من الوراثة الجينية، وذلك مثل طول القامة، لون البشرة، لون العيون، لون الشعر، الأمراض والعاهات الوراثية، الضعف العقلى، الجهاز العصبى، الذكاء. فى حين أن الصفة المكتسبة، هى الصفة المرنة التى تستطيع عوامل البيئة أن تغيرها تغيراً كبيراً أو أن تمحوها .

وسوف نتناول أهم عوامل الوراثة الجينية المكونة للشخصية والمؤثرة فى سلوك المرضى :

(1) Carol H. Cooley, **Social Aspects of Illess**, N.Y., 1952.

عن عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون ، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق، ص ١٢٨ .

١- عامل الذكاء :

إن التمتع بقسط مناسب من الذكاء من العوامل التى تمكّن المريض من فهم حقيقة المرض، وطبيعته، وأهمية القيود التى تفرض عليه بناء على تعليمات الطبيب، والعمل على اتباعها حفاظاً على سلامته. فى حين عدم تمتع بعض المرضى بالقدر المناسب من الذكاء يؤدى إلى عدم تمكنهم من اجتياز فترة المرض بسلام، إلا إذا فُرضت عليهم إجراءات طبية خاصة .

وإذا أضفنا إلى هؤلاء فئات العصابيين والذهانيين الذين أثرت اضطرابات شخصياتهم على إدراكهم للأمور إدراكاً سليماً، أمكننا أن نقول أ ، هناك من بين المرضى الكثيرين مِن من يفتقدون الإدراك الواعى للمرض، وأهمية العلاج واتباع تعليمات الأطباء [1] .

٢- الاستعداد والقدرة :

ويقصد بالاستعداد aptitude قدرة الفرد الكامنة على أن يتعلم فى سرعة وسهولة، وعلى أن يصل إلى مستوى عال من المهارة فى مجال معين .

فأحسن إثنين استعداداً من استطاع أن يصل إلى مستوى أعلى من الكفاية، بمجهود أقل، وفي وقت أقصر ، أى كان إنتاجه أعلى وتعلمه أيسر وأسرع من ذى الاستعداد الخفيض، وترجع الفروق الفردية فى

---

(1) B. harrett, **Medical Social Work**, N.Y. 1962.

عن عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق، ص ١٢٨ .

الاستعدادات إلى كل من الوراثة والبيئة، غير أن أثر الوراثة أعمق بكثير في كثير من الاستعدادات.

أما القدرة ability فهي كل ما يستطيع الفرد أداءه في اللحظة الحاضرة من أعمال عقلية أو حركية، سواء كان ذلك نتيجة تدريب أو من دون تدريب، وقد تكون القدرة بسيطة أو مركبة، فطرية أو مكتسبة .

ومن هذا نرى أن الفرد قد لاتكون لديه القدرة في الوقت الحاضر على إتيان فعل معين، ولكنه يملك استعداداً كبيراً يرشحه للتفوق الباهر في هذا المجال، إن أتيح له التدريب الكافي [1] . أو وفرت له البيئة المناخ المناسب لإظهار هذا الاستعداد في صورة أفعال .

كذلك من الأفراد من لديهم استعداداً للإصابة ببعض الأمراض فإذا تعرضوا لمصدر هذا المرض، كانوا أسرع في الإصابة به من غيرهم .

كما أن من الأفراد من لديهم استعدادا للإثارة والتوتر والقلق فإن أصابهم موقف مؤلم، فلت الزمام، وكانوا أسرع في الاستثارة وأشد في التوتر والقلق من غيرهم. وبالتالي يؤثر ذلك في سلوكهم وردود أفعالهم سواء قبل مرضهم، أو لمن يقومون بعلاجهم، أو المؤسسة الطبية التي يتلقون فيها العلاج أو أفراد أسرهم .

---

(١) أحمد عزت راجح ، **أصول علم النفس** ، الطبعة العاشرة، المكتب المصري الحديث، الإسكندرية ١٩٧٦، ص ٤١٢ .

ب - عوامل الوراثة الاجتماعية :

ويقصد بها تلك السمات التى يكتسبها الفرد من الأسرة والبيئة المحيطة، والمجتمع الذى ينشأ فيه. أي عملية التطبيع الاجتماعى للفرد، والتى تحوله من كائن بيولوجى إلى كائن اجتماعى .

وأطلقنا عليها وراثة اجتماعية، لما لها من تأثير بالغ الأهمية فى تكوين شخصية الفرد وسلوكه وردود أفعاله .

وكما أن للوراثة الجينية ثباتها النسبى، والتى يستحيل على الفرد أو البيئة تغييرها، فإن للوراثة الاجتماعية أيضاً ثباتها النسبى والتى يصعب على الفرد أو البيئة تغييرها، فعلى الرغم من أن كل مكتسب يمكن تغييره أو تعديله، إلا أن عمليات هذا التغيير أو التعديل تجد صعوبة بالغة، فالعادات والتقاليد، والعرف، وفكرة الإنسان عن الحق والباطل، واللغة، واللهجة، والدين، وإن كان الفرد يمكنه تغييرها أو تعديلها أو التخلص منها، إلا أنه يلقى صعوبة بالغة فى هذا التغيير أو التعديل أو التخلى، لإنه اعتاد عليها ومن كثرة اعتياده هذا رسخت لديه لتصبح سمة من سمات شخصيته وسلوكه .

وتُعتبر الأسرة والبيئة المحلية المحيطة بها، من أهم العوامل التى تحُدد شخصية الفرد فى أنماطها الأساسية.. فالتجارب ، والخبرات المؤلمة أو المفرحة، حزينة أو سارة تكّون فى هذه الشخصية رواسب عميقة الجذور، قد تظهر وتختفى أو تُقنّع تحت ستار من الدفاعات الشعورية وغير الشعورية.

ولاشك أن تجربة المرض ذاتها، قد تبعث إلى الحياة هذه الرواسب والانطباعات لتطفو من جديد، ظاهرة أو مستقرة، شعورية أو لاشعورية، فالبكاء المستمر، أو الصراخ أو الخوف الزائد من الطبيب أو من الحقنة وما إليها من مظاهر ذات طبيعة مرضية، كلها رواسب للخبرات الماضية وجدت في المرض متنفسا لها للظهور والحركة. كما أن مظاهر التعلق الشديد بشخص الطبيب، أو الإخصائي الاجتماعي أو الممرضة، كل هذا يكشف عن شخصية حرمت من الحب والعطف في طفولتها الأولي، وما هذه التصرفات الطفلية إلا سلوك تعويض للمريض .

ويمكننا أن نعدد أهم عوامل الوراثة الاجتماعية المكونة للشخصية، والمرتبطة بسلوك المرضى :

١- سمات الشخصية المكتسبة :

ونقصد بها تلك السمات التي اكتسبها المريض من واقعه الاجتماعي، أو التي ساعد الواقع الاجتماعي على ظهورها لما لدى الفرد من استعداد طبيعي - جيني - لها مثل :

سرعة الغضب - كثرة الشكوى - كثرة العناد - السلوك الطفلي - السلوك العدواني - وغير ذلك من السمات والصفات التي تطلق على بعض المرضى غير المتعاونين مع المؤسسة الطبية .

ولاشك أن مثل هذه السمات أو الصفات هي النتيجة التي أدت إليها تفاعل السمات الطبيعية للمريض مع ما تحتويه بيئة المؤسسة الطبية من عوامل الخوف والقلق والتوتر الناشيء عن المرض بآلامه ومظاهره

المتعددة، فتظهر صورة السمات المرضية أو الدفاعية، فقد يعوض المريض عن خوفه بسلوك عدوانى أو إنكارى، أو إمعاناً فى السلبية أو السلوك الارتدادى، أو ردود أفعال عكسية، وما إلى ذلك مما يعوق تعاونه مع المؤسسة الطبية من جانب ويعرقل استجابة المريض للعلاج بما يظهره من عناد وتشدد وسلبية من جانب آخر .

وأهمية هذه المظاهر فى كونها لاتعبر عن الرغبة الحقيقية للمريض وإنما هى حيلاً دفاعية، قد تخدع الكثيرين من القائمين بالعمل بالمؤسسة الطبية، فيتصوروا رغبات للمرضى هى أبعد ما يكون إلى رغباتهم الحقيقية. فإنكار المريض لمرضه، وإنكاره للآلم، والتظاهر بالشفاء، والتستر تحت المواقف التبريرية والاسقاطية، كل ذلك يشكل صعوبات بالغة أمام القائمين بالعلاج بالمؤسسة الطبية .

٢- درجة النضج الاجتماعى :

إن نضج الفرد اجتماعياً من حيث قيمة التى يتبناها وآماله وطموحاته التى يطمع فى تحقيقها، وأهدافه التى يخطط لها ويسعى لانجازها، كل ذلك، يشكل بدرجة كبيرة ردود فعل المريض نحو مرضه من حيث سلبيته أو استجابته للعلاج .

فالفرد الذى يتبنى قيماً وأهدافًا معينة، ويدفعه طموحه إلى تحقيقها يحاول أن يتعامل أو يتخطى أو يزيل كل ما يعترض سبيله لتحقيق أهدافه فإن ألم به مرض من الأمراض، اعتبره عائق له، ومن ثم يسعى سعياً جاداً لإزالته، فيتحمل تجربة المرض، وآلام العلاج بقدرة

وشجاعة وإرادة .

أما الشخص غير الناضج اجتماعياً، والذى لم يرتبط بقيم نافعة ولم يتخذ لنفسه هدفاً يسعى لإنجازه، فهو شخص نازع إلى السلبية، ومن ثم لايبدى تحمساً للشفاء والامتثال لتعليمات العلاج .

٣- مدى واقعية الفرد :

ويقصد بها مدى قدرة المريض على مواجهة الواقع. فإذا كان المريض على درجة من النضج الانفعالى فإنه لن يهرب من مواجهة الصعوبات والأوضاع غير المرغوب فيها، حيث أنه يعلم أن الهروب من مواجهة أى مشكلة، هو أقرب الطرق للالتقاء بها مرة أخرى، فنجده يستخدم قانون الواقع الاستخدام الأمثل، حيث يبدى استعداده لإرجاء إشباع رغباته الحالية، ليستمتع باستعادة صحته مستقبلاً، ومن ثم يحقق نفعاً أكبر. فمثلاً نجد مريض السكر يقلع عن تناول السكريات ومريض القلب يبتعد عن المجهود العضلى المحبب اليه حرصاً منه على صحته، ومحافظة على نفسه .

فى حين نجد المريض غير الناضج انفعالياً، ليس لديه أى استعداد أن يتحمل أدنى عناء أو التزام بخطة العلاج مستخدماً بذلك قانون اللذة، حيث ليس لديه أدنى استعداد أن يؤجل أى لذه عاجلة، من أجل شفاؤه أى من أجل اللذة الآجلة .

ويجب أن ندرك، أن اضطراب الفرد بسبب المرض أمر عادى ولكن الفرد الناضج انفعالياً، هو الذى يواجه واقعه ويتعامل مع مشكلاته

ويواجهها، ولايركن إلى الهروب منها.

وجوانب القوة فى شخصية المريض، إنما هى من أهم الدوافع والبواعث للشفاء، والشخص الذى لم يتعود أن يواجه الواقع فإنه لن يستطيع القضاء على ماليس فى استطاعته مواجهته [(١)] .

٤- مدى استقلالية الفرد وقدرته على مساعدة نفسه :

إن قدرة المريض في الاعتماد على نفسه، يجب أن تتعادل أو تفوق قدرته على تقبل مساعدة الغير له، حتى تتوفر له الخصائص التى تمكنه من مواجهة المرض، فعلى الرغم من احتياجه أثناء إصابته بمرض حاد إلى الاعتماد على الغير، إلا أنه ينبغى عليه فى الوقت ذاته أن يكون على استعداد للإسهام فى خطة العلاج اللازمة، وأن يكون له دور إيجابى فى استعادة صحته .

ومن جهة أخرى، فإن المريض إذا لم يسمح بأن يساعده الآخرين حيث يحتاج المساعدة، فإن سلوكه هنا لايعبر عن دافع حقيقى للاعتماد على النفس، وإنما يدل على عدم الشعور بالأمن أو الشعور بالنقص فى قرارة نفسه. فقد يكون تعبيره عن حاجته للاعتماد على الغير بمثابة دليل على شعوره بالعلة وإن كان هو فى الواقع محتاج لأن يعتمد على غيره بدرجة أكبر من مريض آخر يمكن أن يتقبل ويستفيد

---

(1) Carol H. Cooley. **Social Aspects of Illness**, op. cit.

عن عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق، ص ١٣٢ .

من مساعدة الغير له [1] .

٥- اتجاهات الفرد نحو المرض والمرضى :

ليست مشكلة بعض المرضى في أنهم طريحى الفراش، أو يعانون آلاماً جسمانية، أو ابتعدوا عن أسرهم، أو عجزوا عن كسب مايقيم أودهم فحسب ، وإنما تكمن مشكلة هؤلاء المرضى الكبرى التى تؤرقهم وتهز أعماقهم، فى إحساسهم بأنهم لم يعودوا كالآخرين، فلقد كانت لهم نظرة خاصة إلى المرضى قبل مرضهم، هذه النظرة تبقى عادة فى وجدانهم بعد مرضهم، وتجعلهم يجترون شعورهم بالعجز وينمى هذا الشعور فقدانهم لكثير من علاقاتهم الاجتماعية وإحساسهم بالإعراض عنهم- خاصة فى حالة المرض المعدى والمزمن - مما يدخلهم فى صعوبات شخصية واجتماعية شتى [2] .

فشعور المريض إزاء مايصيب غيره من أمراض، ونواحي عجز يُعتبر من العوامل الهامة التى تساعده على تقبل مرضه، فالشخص الذى يهزأ من المرض والمرضى ، ولايقّدر ظروفهم حينما يمرضون، فإنه ينكر مرضه أو يقاوم كل ما يحاول الطبيب فرضه عليه من قيود، فهو لايستطيع أن يتقبل ماحدث له إذ أن ذلك يُضعف موقفه ، ويضعه ضمن الأفراد الذين كانوا دائماً موضع نقده وسخريته .

---

(١) أنظر : المرجع السابق، ص ١٣٢.

(٢) أنظر : إبراهيم عبد الهادى محمد المليجى ، الخدمة الاجتماعية فى التنظيمات الصناعية، المكتب التجارى الحديث، الإسكندرية ١٩٨٨ ، ص ١٩٣ .

٦- الاضطرابات الانفعالية :

إن ردود فعل المريض تجاه المرض، وخطة العلاج، تتأثر بشكل واضح باضطرابات المريض الانفعالية الناتجة من محصلة عدة عوامل، كنوع شخصية المريض، خبراته السابقة وطريقة مواجهته لها، طبيعة المرض، ومدته، والفترة التى أصيب فيها بالمرض من حياته، وظروفه الاجتماعية الحالية، وطبيعة علاقته بالآخرين .. الخ. فكل هذه العوامل وتفاعلها، لها تأثير خاص بالنسبة لكل مريض وهى التى تحدد طبيعة، ودرجة، هذه الاضطرابات فى وقت المرض، وهناك مظاهر شائعة لهذه الاضطرابات منها المخاوف ، والشعور بالذنب .

المخــاوف :

غالبا ما يرتبط المرض ببعض المخاوف الناتجة من حصيلة خبرات الفرد الماضية تجاه المرض، تلك المخاوف يجب أن يقّدر حقيقتها الإخصائى الاجتماعى الطبى، فهى الخطوة الأولى لمساعدة المريض على التخلص منها .

والمخاوف ذات مظاهر عديدة، منها ما يسهل معرفته من خلال تصرفات المريض، ومنها مايستتر خلف تصرفات دفاعية معينة يؤديها المريض .

ومن بين مظاهر الخوف التى يسهل معرفتها والتى تأتى صريحة من خلال تصرف العميل، كخوفه ، ورفضه إجراء الجراحة وخاصة التى ينتج عنها تشوها كالبتر مثلاً، وكالخوف من الأدوات والأجهزة

الجراحية، وكالخوف من المخدر .

ومن بين مظاهر الخوف التى يصعب اكتشافها أو معرفتها حيث تستتر خلف تصرفات دفاعية يؤتيها المريض فيخدع بها من حوله ليخفى حقيقة مشاعر الخوف لديه، فمثلاً المريض الذى يرفض الانتقال إلى المؤسسة الطبية للعلاج، ويبرر ذلك بعدم رغبته فى ترك المنزل، وفى الواقع أن مثل هذا التصرف يخفى وراءه الخوف من المؤسسة الطبية من حيث أنها خبرة جديدة مخيفة مجهولة لديه. وعلى العكس من ذلك فقد يتمسك المريض بالمؤسسة الطبية ويرفض مغادرتها ومثل هذا التصرف يتم عن خوف المريض من مواجهة مسئولياته الأسرية ومن الجو العائلى الذى لم ولن يهيىء له الرعاية والعناية لاستكمال الشفاء. مثل هذا المريض كلما قرب موعد خروجه، نجده يشكو من أعراض حادة وتكثر شكواه ومطالبه .

إن أولى الخطوات التى تساعد المريض فى التغلب على هذه المخاوف هى تبصيرة ومساعدته على معرفتها. وتتوقف قدرة الإخصائى الاجتماعى الطبى للقيام بهذه المهمة على معرفته العميقة للمريض، وحاجاته ونوع المرض الذى يعانى منه، وأحواله الاجتماعية والاقتصادية والمهنية والأسرية والبيئية. بناء على ذلك فإنه سيدرك رد الفعل الذى يظهر على المريض . وعلى الإخصائى الاجتماعى الطبى، أن يتقبل المريض ومخاوفه، ويعمل جهده على فهم ماوراء هذه المخاوف ويعطيه فكرة مبسطة عنها بالقدر الذى يساعده على فهمها ومواجهتها والتى

لاتتعارض مع عمل الطبيب ، فعمليات التطمين وحدها دون إبراز العوامل والأسباب الحقيقية للمخاوف لا جدوى منها [1] .

الشعور بالذنب :

يوجد أربعة دوافع لشعور المريض بالذنب هي .

أ- اعتبار المرض عقاباً لخطيئة أو ذنب، وعلى ذلك يستحق الجزاء والعقاب .

ب - شعور المريض بأنه عبء ثقيل على من يقوم برعايته .

جـ - شعور المريض بأنه مصدر خطر على المحيضين به، وخاصة فى حالة الأمراض المعدية.

د - عجز المريض عن الكسب، وبالتالى لايستطيع إشباع حاجات من يعولهم .

ففى الحالة الأولى :

نجد أن المريض يتحمل المرض كعقاب ولايستاء منه بل نجده وقد تسلطت عليه فكرة التكفير عن هذا الذنب الدى ارتكبه، بالآلام التى يعانيها من مرضه، ومن هنا يجد المريض المتعة فى مرضه حيث أنه وسيلته فى التكفير عن ذنبه .

---

(١) أنظر : عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، **الرعاية الطبية للمعوقين**، مرجع سابق، ص ١٣١ - ١٣٦

وفى الحالة الثانية :

وهم النسبة الكبيرة من المرضى .. حيث يشعر هؤلاء بأنهم قد أضافوا أعباء مادية، ومعنوية جديدة على أسرهم، فتكاليف العلاج باهظة من جانب، وبذل جهد المحيطين ورعايتهم من جانب آخر، فهم يشعرون بأن أفراد الأسرة يضحون بوقتهم وجهدهم وبعض ضروريات حياتهم فى سبيل الوفاء بالالتزامات المادية والأدبية التى يتطلبها العلاج .

وفى الحالة الثالثة :

ترتبط مشاعر الذنب فى ذهن هؤلاء المرضى بإحساسهم بأنهم يشكلون خطراً كبيراً على أفراد أسرهم، وعلى كل من يتعاملون معهم. فإذا تصادف وأن مرض أحد أفراد الأسرة المخالطين له بنفس المرض زاد شعوره بالذنب وسائت حالته .

وفى الحالة الرابعة :

وهم تلك الفئة من المرضى الذين يتأثر مصادر رزقهم، وعائدهم الاقتصادى من انقطاعهم عن العمل بسبب المرض وترتبط مشاعر الذنب لدى هؤلاء المرضى، من عجزهم عن القيام بواجبات دورهم كعائلين لأسرهم، حيث يشعرون بالعجز والذنب لعدم استطاعتهم إشباع احتياجات، وسد طلبات أسرهم.

جـ- العوامل الحضارية والثقافية والبيئية :

يتحدد معنى المرض لدى المريض، وبالتالى سلوك المريض قبل

مرضه، عن طريق الأسرة، ودرجة ثقافتها، وأيضاً عن طريق الاتجاهات والتقاليد والعادات المتبعة فى البيئة المحيطة ، والموجودة فى المجتمع المحلى.

فالأسرة التى يمرض عائلها بمرض يُقعده عن العمل، قد يشعر عائلها بأنه عاله على أبنائه وغير جدير بالاحترام مما يدعوه إلى معاودة العمل قبل استكمال العلاج، وبذلك يتحدد معنى المرض فى ذهن هذا الشخص بأنه عائق خطير وقف حائلاً دون قيامه بوظيفته. وعلى العكس من ذلك.. نجد أن بعض الحالات المماثلة، تشعر بالمتعة والراحة .. حيث خلصه مرضه من مسئولياته ولو لفترة مؤقتة، كما يشعره باهتمام وود كل المحطين به، وهذه المشاعر الطيبة تجاهه، أثبتتها له الظروف المرضية ولم يكن يدركها فى الظروف العادية [1]. ويمكن القول .. أن فى محيط الأسرة التى يسودها الحب والتفاهم والتماسك والتعاون ، فإن معنى المرض يتحدد بناء على العلاقات القوية ..

ومن العوامل الثقافية والحضارية، التى تُحدد معنى المرض والرعاية الطبية لدى الفرد المريض، نظرة المجتمع إلى بعض المرضى نظرة عار، أو اشمئزاز، أو سخرية، مما يدفع المرضى إلى الاحتفاظ بمرضهم والتكتم الشديد عليه خوفًا من إعلان حقيقته وافتضاح أمرهم [2] .. ومن ثم لايسعون إلى العلاج، ويسوء حالهم .

---

(1) Caral H. Cooley, **social Aspects of Illness**. op. cit.

عن عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق، ص ١٣٨ ، ١٣٩ .

(٢) أنظر: إقبال بشير وآخرون، **الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى**، مرجع سابق، ص ٨١.

كما أن الاتجاهات والاعتقادات الخاطئة عن الأمراض وكيفية علاجها في بيئة ما تحدد أيضاً معنى المرض لدى الفرد،، ومن ثم تؤثر في سلوكه قبل مرضه. فالاعتقادات الخاطئة واقتران المؤسسة الطبية بخبرات وتجارب مؤلمة في أذهان الناس، وارتباط مجانية العلاج بسوء المعاملة والإهمال والاعتقاد في الوصفات البلدية، كلها عوامل تحدد سلوك الفرد تجاه مرضه .

وعلى أى حال ، تعد البيئة مناخاً خصباً لظهور بعض الأفعال من أفراد لديهم استعداداً طبيعياً - جينياً - لها فالشخص الذى ورث عن أبويه جهازاً عصبياً متوتراً، أو استعداداً مرضياً، إذا ماصادفه مواقف بيئية معينة استثارته كانت ردود أفعاله أشد، وظهور مرضه أعنف من الفرد الذى لم يرث من أبويه هذا الاستعداد .

وهذا يوضح لنا، مدى ارتباط عوامل الوراثة الجينية بعوامل الوراثة الاجتماعية، ومدى ارتباطها بالظروف البيئية الحضارية والثقافية .

ومما سبق ، يتضح لنا أن هناك عدة عوامل وراثية جينية واجتماعية، تفاعلت مع ظروف البيئة الحضارية والثقافية لتخرج لنا شخصية الفرد، بتفردها وخبراتها واتجاهاتها، لتحدد معنى المرض بالنسبة للمريض، ومن ثم مدى قدرته على مواجهة مرضه .

وإذا كانت العوامل السابقة، هى التى تحدد سلوك المريض وردود أفعاله قبل مرضه، فإن هناك مجموعة من العوامل تحدد معنى المرض بالنسبة للمريض .

العوامل التى تحدد معنى المرض لدى المريض :

١- عوامل راجعة لطبيعة المرض :

يختلف معنى المرض لدى المريض تبعاً لطبيعة المرض ذاته فالمرض المزمن الذى يتطلب الانقطاع الطويل عن العمل وتكاليف اقتصادية باهظة، والإقامة فى المؤسسة الطبية وما ينتج عنها من اختلاف فى طبيعة الحياة الأسرية، يختلف فى معناه عن المرض العادى الذى لايتطلب مثل هذه المعناه .

وفيما يتعلق بالجراحة، فإن العضو الذى ستتناوله الجراحة هو الذى يحدد معناها للمريض، فمثلاً أعضاء التناسل والعينين والقلب والمخ، تعنى الكثير بالنسبة له وذلك بخلاف الجراحات التى تتناول أماكن أخرى، وقد يكون معنى الجراحة راجعاً إلى أن العضو الذى ستجرى فيه الجراحة يعتمد عليه المريض اعتماداً كلياً فى حياته العملية أو الوظيفية، فبتر ساق السائق مثلاً، يعتبر بالنسبة للمريض فقد مصدر رزقه .

٢- عوامل راجعة للمريض :

وذلك من حيث سن المريض وظروفه الاجتماعية والنفسية والاقتصادية، فمن حيث المرحلة العمرية للمريض، فلاشك أن للسن تأثير كبير فى معنى المرض لديه، فمرحلة الطفولة بما تتميز به من الاعتمادية الكاملة على الأبوين، وحاجة الطفل إلى الشعور بالأمن وتواجد الكبار بجانبه، يسبب له مشكلات انفعالية متعددة لاشك أنها تؤثر فى سير العلاج.. كما أن الطفل يتأثر بالإهمال والحرمان فى فترة

المرض بصورة أوضح وأكبر من الكبار .

والمراهق الذى يعانى من مرض يرغمه على الحد من نشاطه واعتماده على نفسه ، وهو فى السن الذى يحتاج فيه إلى الحركة الاستقلالية والاعتداد بالنفس واحتياجه للصداقات والعلاقات الاجتماعية يجعله يحس إحساساً حاداً بالمرض عما إذا كان فى مرحلة عمرية مختلفة .

والمسن قد يستغل مرضه لجذب الاهتمام به ورعايته، وقد يؤدى به المرض إلى النكوص إلى مراحل مبكرة من العمر.

أما بالنسبة للجراحة، فالسن الذى تجرى فيه الجراحة هام فى تحديد معناها، فالأطفال والشباب، قد تسبب لهم الجراحة بعض المخاوف، فى حين يقاوم المسنين إجراء الجراحة لأنها تعنى لديهم أنتهاء العمر أو الوفاه .

كما يختلف معنى المرض تبعاً للظروف الاجتماعية للمريض، فأثر المرض على المريض المتزوج ولديه أطفال صغار، يكون أشد من تأثيره على مريض آخر غير متزوج، لما لدى الأول من التزامات كبيرة حيال أسرته، بالإضافة إلى خوفه من عدوى أبناؤه والمحيطين به مما قد يفرض عليه العزلة فى حياته الاجتماعية وصلاته بالآخرين .

كما أن للظروف النفسية أهمية كبيرة فى تحديد معنى المرض، فالمريض المفتقد للأمن يعنى لدية مزيداً من الضياع ، والمريض فاقد الثقة فى نفسه والآخرين، يعنى لديه المرض مزيداً من فقدان الثقة فى النفس،

وصراعاً نفسياً لما فرضته عليه الظروف من الاعتماد على إناس لايثق بهم، والمريض الذى يشعر بالنقص وهو معافى يزداد شعوره بالنقص أثناء المرض، مما يدفعه لاستخدام أساليب وقائية تصل إلى حد التوتر والعدوان كى يثبت لنفسه وللآخرين قدرته وعدم عجزه .

وقد يستهوى بعض المرضى من هؤلاء مرضهم، بسبب مايعطيه إياهم من اهتمامات يحصلون عليها بصورة قد لاتتاح لهم التمتع بها وهم أصحاء .

وأيضا للظروف الاقتصادية أثر كبير فى تحديد معنى المرض فلاشك، أن معنى المرض لدى المريض الذى يختل توازنه الاقتصادى بسبب مرضه، كأن ينقطع عن العمل ، أو ينخفض دخله أو ترهقه تكاليف العلاج، أو ينتج عن المرض ما يعوقه عن الاستمرار فى عمله، يختلف تماماً عن معنى المرض لدى مريض آخر يستطيع أن يتحمل نتائج المرض وتكاليف علاجه .

٣- عوامل راجعة إلى الأسرة :

إن علاقة الأسرة بالمريض أثناء مرضه، ومدى اهتمامها به وسهرها على راحته وتلبية رغباته، أو تضررها منه وإهماله من بين العوامل الهامة التى تحدد معنى المرض لدى المريض .

ومن بين المشكلات الأسرية التى تؤثر على المريض تأثيراً سيئاً، اختلال موازين العلاقات بين أفرادها، وأن المرض قد يقلل ، أو يجعله يشعر أنه أقل فائدة بالنسبة للأسرة وخاصة إذا تسبب المرض فى إعاقة

الدور الخاص بتنظيم الأسرة وقيادتها والإنفاق عليها، كما أن إهمال الأسرة للمريض أو مللها من طول فترة مرضه ، وأن المريض يمثل عبئاً عليها، يؤثر تأثيراً حاداً على المريض، ويصبح مفهوم المرض لديه مختلفاً تماماً عن مفهوم مريض آخر يحظى باهتمام أسرته وسهرها على راحته .

٤- عوامل راجعة إلي المؤسسة الطبية :

إن معاملة العاملين بالمؤسسة الطبية للمريض من اهتمام أو إهمال، قد يُحقق أو يزيد من تأثير المرض عليه، وبالتالى ماذا يعنى المرض لديه ..؟

لذلك ، ينبغى أن يكون الإخصائى الاجتماعى الطبى أول المستقبلين للمريض، لأنه أدرى الناس بطباع المرضى، فيرحب بهم ويزيل توترهم وقلقهم، ويطمئنهم عن وجود الإمكانيات والفرص اللازمة للعلاج بالمؤسسة الطبية، مما ينعكس أثره على مشاعرهم وترفع من روحهم المعنوية .

٥- عوامل راجعة للمجتمع :

إن نظرة المجتمع إلى المرض ، من بين العوامل الهامة فى تحديد معناه لدى المريض، فالمجتمع الذى ينظر إلى بعض الأمراض نظرة اشمئزاز، أو تحقير ، أو عار ، يكون لدى أفراده معنى خاص للمرض ، يختلف تماماً مع المجتمع الذى يعتبر أى مرض هو حالة من الخلل تصيب الأفراد ويلزمها سرعة العلاج .

كما أن توفر الإمكانيات اللازمة للعلاج في المجتمع مثل المؤسسات الطبية والعيادات المتخصصة، ومؤسسات التأهيل المهنى ومصانع الأجهزة التعويضية، وسهولة الحصول عليها.. الخ . تيسر الأمر بالنسبة للمريض، مما يجعل المرض عنده يعنى معنى آخر مختلف عن المعنى الذى يكونه مرضى آخرين لديهم قصور فى هذه الإمكانيات ويتعذر تدبيرها، مما يشعر المريض بأنه لن يشفى من مرضه، أو أنه سيستمر عاجزاً لا حول له ولا قوة [1] .

---

(١) أنظر: إقبال محمد بشير وآخرون ، **الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى**، مرجع سابق ، ص ٤١ - ٤٥

الفصل الرابع

النظريات والأسباب المتعلقة بالمرض

تمهيد :

أولاً : النظريات المتعلقة بمسببات المرض .

ثانياً : العوامل التي تقرر مستوى الصحة (عوامل المرض) .

تمهيد :

إن النظرية عبارة عن إطار فكرى، يُفسر مجموعة من الحقائق ويصنفها فى نسق علمى مترابط .

وكلما تقدمت علوم المجتمع، كلما زاد ارتباط النظرية بدراسة الواقع وأصبح هناك شبه اقتناع، بأن النظرية ودراسة الواقع يجب أن يتقدما على طريق واحد، لزيادة نمو المعرفة المختلفة .

فالباحث الاجتماعى، قد يختار النظرية، أو دراسة الواقع كنقطة انطلاق ولكنه يضطر فى لحظة معينة أن يفحص مدى ارتباط النظرية بالواقع، لتحديد موقفه، ودرجة تقدمه فى دراسته ومدى ما فيها من أصالة وصدق، فإذا فضّل الباحث أن يركز على دراسة الواقع، فلابد أن يختبر مدى مناسبة دراسته هذه للنظرية الاجتماعية، اذا أراد أن تكون نتائجه ذات دلالة. أما إذا كان اهتمامه الأول منصباً على النظرية فحسب، فلابد أن يكون فى تقديره دائماً أن يفحص سلامة نظرياته عن طريق دراسة الواقع، ليتجنب الوقوع فى مزالق النظر المجرد، أو التصورات غير الواقعية .

إن النظرية ، ودراسة الواقع ، لايمكن فصلهما إلا فصلاً موضوعياً لأن كليهما يخدم الآخر، فى سبيل الغاية العظمى التى يهدف إليها العلم وهى الوصول إلى الحقيقة .

فالنظرية يمكن أن تقترح تفسيرات معينة لمواقف معينة، ولكن التجريب فى الواقع هو الذى يختبر صحة هذه التفسيرات، ودراسة الواقع

دون سند من نظرية، أو دون اتجاه إلى نظرية، ليس إلا نوعاً من العبث كما أن النظرية التى لاتقبل التطبيق، لايصح أن نطلق عليها نظرية على الإطلاق .

ومسببات الأمراض، لها نظرياتها التى تقترح تفسيرات معينة لها، ولقد اختبرت تفسيرات هذه النظريات بتجريبها وتطبيقها فى الواقع العلمى فثبت صحة بعضها، وجانب التوفيق البعض الآخر.

وعلى ذلك ، خُصص هذا الفصل لعرض ومناقشة موضوعين :

أولهما : النظريات المتعلقة بمسببات المرض :

وتم فيها مناقشة نظرية السبب (أو العلة) الواحد للمرض ونظرية الأسباب (العلية) المتعددة للمرض .

وثانيهما : العوامل التي تقرر مستويات الصحة أو عوامل المرض :

وتم فيها مناقشة العوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للمرض، والعوامل المتعلقة بالإنسان العائل (المضيف)، والعوامل البيئية سواء كانت بيئة طبيعية، أو بيولوجية، أو اجتماعية وثقافية .

أولاً : النظريات المتعلقة بمسببات الأمراض :

يرى البعض أنه يمكن تفسير أسباب المرض عن طريق إحدى النظريتين التاليتين [1] .

١- نظرية السبب (أو العلة) الواحد للمرض : Single Cause :

وتفترض هذه النظرية أن المرض ينتج من سبب واحد محدد ، وفى حالة وجود هذا السبب ، تظهر الحالة المرضية، فمثلاً مرض الدرن (السل) ينتج من ميكروب الدرن ، أى أنه فى وجود ميكروب الدرن ، ينتج مرض الدرن بالضرورة .

وعلى هذا الأساس يمكن التخطيط للوقاية من مرض الدرن وذلك بإبعاد ميكروب الدرن عن الإنسان، أو التخطيط لعلاج الدرن، وذلك بالقضاء على هذا الميكروب .

ومما دعا إلى ظهور هذه النظرية وتعضيدها، اكتشاف الميكروبات كمسببات للأمراض، وفى غمار موجة الحماس التى صاحبت اكتشاف الميكروبات، تناسى العلماء آثار البيئة على الميكروب ، وعلى العائل المضيف، وكذلك تناسو صفات العائل ومدى مقاومته .

٢- نظرية الأسباب (العلية) المتعددة للمرض : Muliple Causes :

وبهذا المفهوم، لايعتبر المستوى الصحى للفرد أو المجتمع فى حالة ثابتة، إستاتيكية، بل يعتبر فى حالة حركة ديناميكية وذلك لأنه ينتج من

(١) فوزى على جاد ، الصحة العامة والرعاية الصحية ، مرجع سابق ، ص ٣ - ٤ .

تفاعل عدة قوى أو عوامل يعمل كل منها فى اتجاه قد يكون إيجابياً أو سلبياً فيما يتعلق باكتساب الصحة أو فقدها ويكون المستوى الصحى فى أى وقت، بمثابة محصلة، أو نتيجة للتفاعل الذى ينشأ بين هذه العوامل، فإذا تغلبت العوامل السلبية، ظهرت الحالة المرضية، وإذا تغلبت العوامل الإيجابية استمرت حالة الصحة والسلامة. فمرض الدرن (السل) مثلاً يتأثر بالتفاعل بين ميكروب الدرن، والعوامل المتعلقة به من ناحية والإنسان العائل المضيف والعوامل المتعلقة به من ناحية أخرى. ويتأثر هذا التفاعل بالبيئة التى تحيط ميكروب الدرن وبالإنسان ،فقد تعمل البيئة بجانب عوامل ميكروب الدرن، أو تعمل بجانبه عوامل الإنسان العائل، وتكون الصورة النهائية للصحة أو المرض فيما يتعلق بالدرن، محصلة لتفاعل كل هذه العوامل، ويترتب على ذلك، ضرورة أخذ كل هذه العوامل فى الاعتبار عند الوقاية أو العلاج من مرض الدرن .

ثانيًا : العوامل التى تقرر مستوي الصحة ، أو عوامل المرض [1] :

١- عوامل تتعلق بالمسببات النوعية للمرض Disease agent facters

٢- عوامل تتعلق بالإنسان العائل (المضيف) Host factors.

٣- عوامل تتعلق بالبيئة Envirenmental factors.

١- العوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للمرض :

ويُعرف هذا السبب النوعى بالعنصر، أو المادة، سواء كان حياً، أو

---

(١) المرجع السابق ، ص ٤-٩ .

غير حى ، الذى فى وجوده قد تبدأ أو تستمر العملية المرضية .

وتنقسم المسببات النوعية للأمراض إلى فئات هى :

أ- المسببات الحيوية :

وهذه قد تكون من أصل حيوانى (كالحيوانات وحيدة الخلية) مثل .. حيوان الأميبا ، أو حمى الملاريا ، أو (كالحيوانات متعددة الخلايا) مثل .. ديدان البلهارسيا ، أو الإنكلستوما أو الإسكارس ، (وقد تكون من أصل نباتى) مثل الفطريات والبكتريا والفيروسات .

ب - المسببات الغذائية :

مثل الكربوهيدرات ، والدهون ، والبروتينات، والفيتامينات ، والمعادن، والماء ، وهذه قد تؤدى قلتها أو زيادتها إلى الأمراض .

جـ - المسببات الكيمائية :

وقد تكون خارجية من البيئة مثل مركبات الرصاص، والزرنيخ، وغاز الفسفور، وقد تكون داخلية – أى نشأت داخل الجسم – مثل .. المواد التى تتكون فى الدم أثناء مرض البول السكرى أو التسمم البولى ، أو التسمم الكبدى .

د - المسببات الطبيعية :

مثل الحرارة ، والرطوبة ، والضوء ، والضوضاء ، والكهرباء والإشعاعات .. الخ .

هـ - المسببات الميكانيكية :

مثل الفياضانات ، والزلازل ، والأعاصير ، والحرائق وحوادث المصنع أو الطريق .

و- المسببات الوظيفية :

مثل الهرمونات التى تفرزها الغدد الصماء داخل الجسم .

ز- المسببات النفسية والاجتماعية :

مثل الضغط العاطفى، وضغط الحياة الحديثة، والإحساس بالمسئولية، وعدم الشعور بالأمن فى العمل، والإدمان على المخدرات ، والمسكرات ، والمنشطات .. الخ .

٢- العوامل المتعلقة بالإنسان العائل (المضيف) :

وهذه تعمل على مقاومة المسببات النوعية، وتتكون من عناصر كثيرة منها :

أ- المقاومة الطبيعية غير النوعية :

وهى ليست محددة لمرض معين مثل :

- المقاومة الآلية : مثل ما يهيؤه الجلد والغشاء المخاطى وماله من أهداب وشعيرات وإفرازات .

- حموضة الإفرازات : مثل حمض الأيدروكلوريك بالمعدة .

- خلايا المقاومة : مثل البلعمات الثابتة والجوالة .

- الدم والبلازما : ولها قابلية محاربة المسببات النوعية للأمراض بمساعدة مواد خاصة .

ب - المناعة النوعية :

وهى مناعة ضد أمراض معينة، وقد تكون مناعة مكتسبة طبيعياً (مثل المناعة السلبية كما هو الحال فى الوليد الجديد الذى يكتسبها عن طريق أمه، أو مناعة إيجابية عن طريق تعرض الطفل للعدوى وتفاعله مع المسببات النوعية) ، وقد تكون مناعة مكتسبة صناعيا (وهى إما مناعة سلبية مثل الأمصال الخاصة وتحقن جاهزة، أو مناعة إيجابية عن طريق حقن الفاكسينات سواء كانت مقتولة أو مروضة، حيث يتفاعل الجسم معها مكونا أجساما مضادة لها) .

جـ - عوامل الوراثة الجينية :

وهى الصفات الوراثية التى تنتقل من الأجداد والآباء إلى الأبناء والأحفاد عن طريق الجينات، حينئذ يورّث الاستعداد للمرض، أو المرض ذاته، مثل المياه البيضاء الوراثية بالعين أو العمى الليلى الوراثى ، أو الحساسية، أو البول السكرى .

د - العوامل الاجتماعية :

والتى تتمثل فى العادات والتقاليد ، مثل :

- العادات التى تتعلق بإعداد الطعام وتجهيزه (مثل شرب اللبن

دون تعقيمه بالغلى ، أو أكل اللحم النيىء)

- العادات المتعلقة بالصحة الشخصية من نظافة، وتغذية وغيرها ..
- الحفلات ، والشعائر الدينية من صلاة وحج .
- التجمعات الترويحية .
- العادات والسلوك الجنسى .

هـ - العوامل الوظيفية :

مثل الإجهاد والسهر .

و - السن والنوع والعنصر :

حيث توجد أمراض تنتشر فى سن الطفولة، وأخرى فى سن المراهقة، وغيرها فى سن الشيخوخة، وكذلك توجد أمراض خاصة بالإناث ، وأمراض تنتشر فى أجناس عنصرية أكثر من غيرها .

٣- العوامل البيئية :

وتعرف البيئة بالعوامل الخارجية التى تؤثر فى الإنسان العائل للمرض. وبهذا المفهوم يمكن اعتبار المسببات النوعية أجزاء من البيئة، كما أن البيئة تؤثر فى التفاعل القائم بين المسببات النوعية وبين الإنسان العائل للمرض. فأحيانا تحبذ المسببات النوعية، وأحيانا تعضد الإنسان العائل .

وتتكون البيئة من عدة مجالات هى :

أ- البيئة الطبيعية :

مثل الحالة الجغرافية (وتؤثر فى الصحة بإسلوب مباشر وذلك عن طريق الموقع الجغرافى، والارتفاع عن سطح البحر أو عن طريق التأثير فى البيئة البيولوجية أو البيئة الاجتماعية . والحالة الجيولوجية (مثل نوع التربة وعليها يتوقف تحديد نوع الغذاء ، والإمداد بالمياه، والعناصر الضرورية، وحالة المناخ وهذه تؤدى إلى تغيير عادات الإنسان العائل وحياته الاجتماعية والاقتصادية، وتؤدى إلى موسمية الأمراض) .

ب - البيئة البيولوجية :

وتشمل عناصر المملكة الحيوانية، أو النباتية، وتؤثر فى الإمداد بالطعام ، والعوامل الوسيطة فى نقل الأمراض، كما تؤثر فى عادات الإنسان، وعمله فى الزراعة أو الصناعة .

جـ - البيئة الاجتماعية والثقافية :

ومحورها، علاقة الإنسان بباقى أفراد المجتمع وتشمل بصفة خاصة:

١- كثافة السكان وتوزيعهم :

سواء كان التوزيع العام بين حضر وريف، أو ازدحام المساكن وغيره مما يؤدى إلى التفاوت فى التعرض للبيئة البيولوجية والتباين فى المهن والعادات والتقاليد .

٢- المستوى التعليمى :

ويتبعه قدر مناسب من الوعى الصحى، ومن ثم السلوك الصحى، وذلك فيما يتعلق بانتشار العدوى ، واستخدام طريق الوقاية، والتعاون مع المنظمات الصحية .

٣- المستوى الإقتصادى :

وما يهيئه من قدر مناسب من الغذاء ، والمسكن والتعليم .

٤- الاستعدادات الطبيعية والصحية :

ومدى توفرها، ومدى الإقبال عليها، سواء كان هذا على مستوى الوقاية، أو التشخيص ، أو العلاج .

الفصل الخامس

الآثار النفسية والاجتماعية للمرض

- تمهيد .

أثر المرض أو العجز على المريض.

أثر المرض على الأسرة .

أثر المرض على رب الأسرة .

أثر المرض على الأم .

أثر المرض على الأطفال .

أثر المرض على المسنين .

أثر المرض علي العلاقات الأسرية .

أثر المرص علي الحالة الاقتصادية .

أثر الحالة الإقتصادية على المرض .

أثر المؤسسة الطبية علي المريض .

أثر البيئة والمجتمع على المريض .

أثر العادات والتقاليد والمعتقدات الخاطئة على المريض .

تمهيد :

يُعتبر المرض تجربة من تجارب الحياة التى يمر بها الفرد، ولكن يختلف معنى المرض من فرد إلى آخر، ويرتبط ذلك بمجموعة من العوامل المتداخلة التى تتصل بالجنس ، ونمو الشخصية، والضغوط البيئية والظروف الاجتماعية، ودرجة العجز، والنتائج النهائية للمرض، ولايمكن أن نقارن بين ما يقاسيه فرد معين، وبين معاناة فرد آخر، والمقياس الوحيد، هو استجابة الفرد نفسه بأبعاد شخصيته المتميزة، حيث تختلف الجوارح التى أصابها المرض، ودرجة مقاومة الشخص ، والمشاعر النفسية قبل هذا المرض، وبالرغم من ذلك فإن درجة نضج المريض بما فى ذلك عمره وخبراته ، تتدخل فى تحديد استجابته نحو المرض، فقد يستطيع المريض الذى حقق نضجاً انفعالياً أن يتكيف مع عجزه، دون انحراف نفسى يذكر ويمكنه أن يتقبل الاعتماد على الآخرين لفترة معينة، ثم يتخلى عن هذا السلوك، بمجرد إحساسه بعدم الحاجة إليه .

ومن ناحية أخرى ، قد تكون استجابة الفرد الذى ينقصه النضج الانفعالى نحو الأمراض الطفيفة بالانسحاب، وتجنب الاتصال بالآخرين، وقد يبدى نفوراً كبيراً نحو أعضاء أسرته، وقد يتحول تدريجياً إلى شخص تدور كل اهتماماته وتتركز حول ذاته، ويطالب بأن توجه إليه كل الخدمات وألوان العناية، حتى يعوِّض ما يشعر به من نقص وقصور .

وعلى ذلك ، خُصص هذا الفصل لعرض ومناقشة أثر المرض أو العجز على كل من : المريض، والأسرة، ورب الأسرة، والأم ، والأطفال، والمسنيين ، والعلاقات الأسرية، والحالة الاقتصادية،وأثر الحالة الاقتصادية على المرض ، وأثر المؤسسة على المريض ، وأثر البيئة والمجتمع على المريض، وأخيراً .: أثر العادات والتقاليد والمعتقدات الخاطئة على المريض.

أثر المرض أو العجز على المريض :

يُحدد نوع المرض أو العجز الذى يقاسى منه المريض طبيعة استجابته ، والعجز الكلى أو الجزئى الذى ينشأ عن الحوادث أو المرض يلعب دوره فى حياة الكثير من الأشخاص، ولاتتوقف استجابة المريض نحو عجزه على اتزانه النفسى فقط، بل وعلى طبيعة مرضه أيضاً .

والخواطر الأولى التى ترد على ذهن الفرد الذى يُصاب بعجز جسمى ترتبط بمقدار الإصابة أو شدتها، والمدة التى يظل فيها تحت العلاج والفترة التى يصل فيها إلى الشفاء الكامل، وعلى الآثار التى سوف تتخلف عن المرض ، والمصير الذى سوف يؤول إليه .

فإذا كانت الظروف ملائمة، واستمر المرض فترة قصيرة، تكون مشكلات المرض عادة ضئيلة نسبياً، أما إذا طالت فترة المرض، فإن المريض لايعانى فقط من آلالام الجسمية، بل يقاسى كذلك من الشعور بالإحباط ، وتدهور حالته المعنوية، وأغلب حالات سوء التكيف، تظهر بوضوح فى حالات الأمراض المزمنة، خصوصاً عندما يتحمل المريض أعباء عائلية ومسئوليات أسرية فادحة .

وبالرغم من أن استجابات المرضى تتراوح بين الانسحاب والسلبية من جانب ، والإحساس بالقلق ، ومظاهر الاتكالية، والعدوان من جانب آخر فإن الاستجابة المباشرة للفرد نحو المرض، تتمثل بصفة خاصة فى الخوف من المجهول، والخوف من الموت ، ولذا ، نبه كثير من الأطباء

إلى أن علاج المريض، لايكون فقط بالجراحة، أو توفير الغذاء والدواء، بل ومساعدته على التكيف الاجتماعي، وإعادة ثقته بنفسه .

ومن الحقائق النفسية الثابتة، أن الشفاء العاجل فى أى نوع من الأمراض، يتوقف بدرجة كبيرة على الاتجاهات النفسية للمريض نحو الشفاء من جانب، وعلى التفاؤل والإحساس بالرضا التى يشعر بها المريض خلال فترة المرض من جانب آخر .

ولما كانت الحاجة الأساسية للإنسان هى الإحساس بالأمن، فإن الخوف ، وما يصاحبه من فقدان الأمن، يقضى على تلقائيته ويحطم أماله ويؤدى إلى سوء التوافق الذاتى والاجتماعى .

أثر المرض على الأسرة:

عندما يتعرض أحد أعضاء الأسرة للمرض، تنعكس حالته على كل عضو فى جماعة الأسرة، فيضطرب نظام الحياة اليومية فى المنزل، ويحتمل الأعضاء الأصحاء أعباء ومسئوليات إضافية، وبينما يسبب المرض القصير مشكلات قليلة نسبياً ، إلا أن المرض المزمن يؤدى إلى اضرار بالغة .

وفى حالة الأمراض المعدية، والتى يعالج فيها المريض فى منزله ينبغى أن يتخذ الأعضاء الأصحاء، احتياطات وقائية، حتى لاتنتقل العدوى إليهم، مما يزيد من الأعباء والقلق لدى باقى أفراد الأسرة

الأصحاء .

أضف إلى ذلك ، زيادة الأعباء الاقتصادية التى تتحملها الأسرة نتيجة إنفاقها على أجر الأطباء، وثمن الدواء، والطعام الخاص الذى يتطلبه بعض الأمراض، وكرم الضيافة، ومصاريف الانتقال فى حالة علاج المريض بالمؤسسة الطبية، هذا من جانب ، ومن جانب آخر، قد يقل الدخل ، لانقطاع رب الأسرة المريض عن العمل .

وعموماً، يحدد الاهتمام الذى تبديه الأسرة نحو المريض، مدى تقبله لحالته وتقبل النتائج النهائية للمرض .

أثر المرض على رب الأسرة :

عندما يصيب المرض رب الأسرة وعائلها، يتوقف دخله أو ينخفض بطريقة آلية، ونتيجة لذلك ، تعانى الأسرة آثار الحرمان، وعلى الرغم من أن المريض قد يستفيد من التأمين الصحى ، أو تأمين الإصابة، إلا أنه لايصرف المعاش أو التعويض، فى المواعيد التى تسمح بمواجهة النفقات اليومية. ومالم تكن له خبرات سابقة تساعده على مقابلة مثل هذه الحالة الطارئة، فإنه يشعر بالفشل فى القيام بواجباته نحو إعالة أسرته مما يوقعه فريسه للقلق حول مصير أسرته، فينحرف مزاجه، ويزداد اكتئابه بدرجة تجعل المحيطون به يسيئون تفسير سلوكه، وقد يشعرون بأنه لايقدّر ما يبذلونه من تضحيات نحوه .

وإذا كان مرض رب الأسرة من النوع الذى يستمر لمدة طويلة ، فقد تضطر الأم إلى الخروج للعمل، حتى تستطيع إعالة الأسرة، وقد يتعذر عليها أن تجد عملاً مما يزيد من الأمر سوءاً ، فإذا نجحت فى إيجاد العمل فإنها تضطر بدافع الضرورة إلى ترك المنزل، وفى غيابها يقوم الأبناء الكبار نسبياً بتحمل المسئولية ورعاية الصغار، وإذا كان رب الأسرة المريض يُعالج بالمنزل، فإنه يعطل النشاط الترويحى لأبنائه الصغار، فتتحول نظرتهم إليه باعتباره عقبه فى سبيل سعادتهم.

وقد يُصبح رب الأسرة المريض شديد الحساسية لأى شكل من أشكال السلطة. ومن ثم ، لايتعاون نهائياً مع الأشخاص الذين يقومون برعايته ،كما قد يكون المرض فرصة للتخلى عن المسئوليات، والمطالبة بقدر كبير من الاهتمام لاتتطلبها حالته المرضية، ومثل هذه الاستجابات، تؤدى إلى الفشل فى الاستجابة إلى الأشكال المألوفة للعلاج الناجح .

أثر المرض على الأم :

يجلب المرض الذى يصيب ربة البيت كثيراً من المشكلات، فعلى الرغم من المحاولات التى يبذلها الأب للقيام ببعض مسئولياتها وواجباتها، فإن مايصيبه من قلق حول حالتها، ينتهى به إلى التوتر، والعجز عن تدبير أمور الأسرة، وينتاب الأم الضيق والحزن لعجزها عن تدبير أمور بيتها وحياة أولادها تسير فى فوضى شاملة .

وفى حالة المرض الطويل ، واستمرار عجز الأم عن القيام بواجباتها

قد تنقطع الإبنة الكبرى عن دراستها، أو يكثر غيابها، لرعاية الإخوة الصغار، وتشعر بالغضب ، والمهانة، لتحملها مثل هذه المسئولية وبمرور الوقت ، قد تلجأ إلى ترك الدراسة لحاجة الأسرة إلى تواجدها لرعاية أمور المنزل، أو تضطر إلى ذلك لتقدم زملائها فى الفصل عليها ونتيجة لذلك، تتعرض للإحباط واليأس ، لفشلها فى إنجاز الهدف الذى رسمته لحياتها .

ومثل هذه الأمور جميعها، تزيد من سوء حالة الأم النفسية وتزيد من إحساسها بالعجز والذنب، مما يؤدى فى النهاية إلى عدم استفادتها بالقدر الملائم من جهود العلاج الطبى .

أثر المرض على الأطفال :

قد يكون الطفل مريضاً مثالياً من حيث عدم إدراكه لخطورة مرضه وعدم وعيه بمضاعفاته المحتملة، إلا أنه قد يسيء تفسير توجيهات وإرشادات الأسرة التى تنهاه عن ممارسة بعض جوانب حياته الطبيعية، والتى تتطلبها خطة العلاج .

ولما كان الطفل أكثر ارتباطاً واعتماداً على والديه، فهو لايستطيع أن يتحمل انفصاله عنها، فإذا كان الانفصال عن الأسرة- للعلاج فى المؤسسة الطبية – ضرورياً لشفاء الطفل، فقد يصبح عدوانيًا أو عصبيا متقلباً، أو قد يلجأ إلى الانسحاب والاستسلام، تغمره إحاسيس متباينة من القلق والخوف، والغضب ، ومثل هذه المشاعر السلبية تقلل فرص الاستفادة من خطة العلاج .

أما في حالة مرض الطفل الذى يعانى فى أسرته من القسوة والإهمال وانعدام الحب والحنان، فإن الجهود التى توجه نحو إشباع كافة حاجاته - فى المؤسسة الطبية - قد تؤدى إلى استمرار المرض لأنه ليس من المعقول أن نتوقع منه الرغبة فى الشفاء، الذى يتضمن العودة إلى موقف غير محبب إليه .

وتعتبر القيود التى تُفرض على نشاط الطفل المريض، ذات آثار نفسية واجتماعية سيئة، خاصة فى حالة وجود أطفال آخرين فى الأسرة يتمتعون من حوله، بالحركة والنشاط .

وفى الأسرة التى يتوفر فيها الاتزان النفسى بين الأبوين، ويتكيف أفرادها للمواقف المرضية الطارئة التى قد تحدث لأحد الأبناء الصغار لن تجد إلا مشكلات طفيفة، فى حين أن الأسر الذى يميل فيها الآباء إلى التدليل الزائد لأطفالهم المرضى، مع إشباع كافة احتياجاتهم بشكل مفرط، يجعل الطفل يستغل حالته المرضية فى إشباع أغراضه مما يعوق أفراد الأسرة الآخرين عن إشباع احتياجاتهم ، فيشعرون بالضيق ، والغضب ، ويتجهون بعدوانهم نحو الأخ المريض، وقد تؤدى اتجاهاتهم السلبية هذه إلى إعاقة شفائه السريع .

أثر المرض على المسنين :

إن الإنسان كائن يخضع للعادة، ويركن إليها، ومشكلة المسنون الذين كانوا يؤدون طوال حياتهم أعمالاً نافعة، يشعرون أن عاداتهم أصبحت موضوع استنكار، ولايُنظر إليها بعين الاعتبار .

والمسنون أحياناً لايقتنعون بالمرحلة العمرية التى وصلوا إليها ويحاولون التثبث بمرحلة الشباب والاستمرار فى النشاط، ولكن حينما يعجزوا عن إثبات ذلك لضعف قدراتهم وتقدم سنهم، يحاولون أن يصلوا إلى أسباب منطقية تفسر عجزهم المتزايد، وغالباً ما يُعبر مثل هؤلاء المسنون من المرضى بالعناد، وسوء الظن بالأطباء، وعدم الثقة فيهم بل ولايسلمون أو يعترفون بمرضهم وهم يدّعون أن ما حدث لهم من تغير إنما يتصل بمظهرهم فحسب، ومن النادر أن يعترفوا بعنادهم .

وعندما يشعر المرضى المسنين بالمهانة نتيجة الإهمال الفعلى أو المتخيل من جانب أبنائهم، تضعف حوافزهم للتحسن، وتصبح كل رعاية طبية قليلة القيمة فى شفائهم .

أثر المرض على العلاقات الأسرية :

تُعتبر علاقات المريض بأسرته، من العوامل الهامة التى تُعجل العلاج أو تأخره. وفى كثير من الأمراض الخطيرة المعدية – كالدرن مثلاً – لاتنكر أسرة المريض حالة القلق التى تسودها، إذا ما أصيب أحد أفرادها بأحد هذه الأمراض .

وعلى الرغم من هذه الظروف السيئة، تستطيع الأسرة مساعدة المريض ، على التكيف لحالته، وظروفه ، وتقبل القيود التى يفرضها المرض، كما يستطيعون حمايته من حالات القلق، والأخبار المزعجة عن مرضه، ومن ثم يمُكنه مواجهة ما يشعر به من عجز.

وفى حالة الحاق المريض بالمؤسسة الطبية، يمُكن أن تكون الأسرة

من العوامل المساعدة أو المعوقة لجهد الطبيب فى علاج العضو المريض.. فزيارات أفراد الأسرة له من وقت لآخر تؤكد للمريض أنه ليس عبئاً عليهم، وأن اهتمامهم الأول هو راحته، ويمكنهم أن يخففوا عنه ما ينتابه من قلق حول أطفاله، أو نفقات الأسرة، كما يمكنهم أن يفسروا لهيئة المستشفى العوامل التى يوجهون إليها عنايتهم، والتى يتردد المريض فى الإفصاح عنها .

ومن ناحية أخرى، يستطيع أفراد أسرة المريض وأقاربه من مضاعفة حالته بمناقشة مايجد من مشكلات نتيجة انقطاع موارد الأسرة والتكاليف المالية التى تتحملها الأسرة فى العلاج .

هذا ، ويؤدى إسراف الأسرة فى اهتمامها بالمريض إلى الاتكالية، كما يؤدى الإهمال إلى نفس الآثار الضارة، إذ أنه يعوق ويؤخر شفاؤه [1] .

أثر المرض على الحالة الاقتصادية :

يترتب على المرض ، أو الإصابة، انقطاع المريض عن العمل وانخفاض دخله بجانب زيادة مصاريفه، فمع أن المادة رقم ٤٩ من قانون التأمين الاجتماعى الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ تعطى للعامل المصاب الحق فى صرف تعويض عن الأجر خلال فترة تخلفه عن عمله بسبب الإصابة يعادل أجره المسدد عنه الاشتراك، ويستمر صرف ذلك التعويض طوال مدة عجز المصاب عن أداء عمله، أو حتى

---

(١) أنظر : محمود حسن ، **مقدمة الرعاية الاجتماعية**، مرجع سابق، ص ٦٥٠ ، ٦٥٨ .

ثبوت العجز المستديم أو حدوث الوفاة، كما يعطيه الحق فى صرف تعويض عن أجره المتغير والذى يحسب على أساس متوسط ماحصل عليه من أجور متغيرة فى السنة السابقة، لحدوث الإصابة، أو مدة الاشتراك عن الأجور المتغيرة إن كانت تقل عن سنة، إلا أن دخل المريض أو المصاب سوف ينخفض، فربما يكون صاحب العمل مؤمناً عليه بأجر أقل مما يتقاضاه فعلاً، أو كان يعمل لدى الغير، أو لحسابه الخاص فى غير أوقات عمله الأصلى، أو كان يعمل عملاً حراً خاصاً به .

وبذلك يكون المرض ، أو الإصابة، سبباً فى انخفاض دخله، فى حين أن مصاريفه فى هذه الفترة تتزايد، نتجية ماينفقه على مايحتاجه من علاج، ومن غذاء خاص، وما يتكبده من مصاريف تنقلات أفراد أسرته لزيارته - فى حالة علاجه بإحدى المؤسسات الطبية - وما يصرف فى كرم الضيافة للأقارب والمعارف والأصدقاء، وغير ذلك من مصروفات طارئة ترهق المريض إقتصادياً من جانب ، وتزيد من أعبائه النفسية التى تعرقل تقدمه فى العلاج من جانب آخر (١) .

أثر الحالة الإقتصادية على المرض :

تتوقف استجابة الفرد نحو المرض بدرجة كبيرة على مركزه المالى

(١) إبراهيم عبد الهادى محمد المليجى ، **العوامل الاجتماعية المرتبطة بإصابات العمل فى الصناعة ودور الخدمة الاجتماعية فى مواجهتها**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم - جامعة القاهرة ، ١٩٨٨ ، ص ١٣٠ .

فبالرغم من أن بعض المرضى قد لاتزعجهم الأمور المالية، ويستطيعون تحمل نفقات العلاج، ومواجهة احتياجات الأسرة الحاضرة والمستقبلة إلا أنهم قد يتعرضون لبعض الضيق والقلق، حيث يخشى المريض سوء إدارة أعماله أثناء مرضه، ويتعجل الخروج للإشراف عليه قبل إتمام العلاج، ومن ثم يفسد كل الخطط العلاجية .

أما المرضى ذوى الدخل المنخفض ، فقد تؤدى فترة المرض الطويلة إلى تورط الأسرة فى براثن الحاجة الشديدة.. مما يؤدى إلى توترهم وقلقهم حول مستقبل أسرهم. والمريض الفقير ، الذى يتحتم عليه أن ينشد علاجاً فى إحدى المؤسسات الطبية المجانية، يشعر غالباً بالخجل من أقاربه وأصدقائه ومعارفه من جانب، وعدم الاطمئنان من عدم حصوله على العناية اللازمة التى يظن أنه فى حاجة إليها من جانب آخر. وقد يلح المريض على الطبيب المعالج، وهيئة التمريض لمغادرة المؤسسة الطبية المجانية، والعودة إلى بيته ، حيث يستحيل عليه تنفيذ تعليمات العلاج لفقدان ثقته فى نتائجها .

أثر المؤسسة الطبية على المريض :

عندما يدخل المريض المؤسسة الطبية للعلاج، تصبح مشاكله ذات طبيعة مختلفة ، فبمجرد انتقاله من بيئته الأسرية، يصطدم بضرورة التكيف إزاء التغير المفاجىء لنمط حياته، على حساب خضوعه لالتزامات صارمة، تفرض على ذاته وعاداته .

وفى المؤسسة الطبية، يكون المريض عرضه لعدد من الفحوص

والاختبارات، وأنواع من العلاج القاسى، أو الجراحة، التى لايمكنه التنبؤ بنتائجها .

وإذا كانت المؤسسة الطبية مجانية، يُضاف إلى أعباء المريض النفسية وقوفه فى العيادة الخارجية، مع غيره من المرضى، فى طابور طويل يجعله يشعر بالمهانة من جانب ، ويفقده الثقة فى العلاج من جانب آخر وأحياناً، يفشل مريض العيادة الخارجية فى التعبير عن حاجته إلى الرعاية الطبية، ويصيبه الارتباك، ويعجز عن شرح ما ينتابه من أعراض .

ويعنى العلاج بالمؤسسة الطبية، ضرورة الخضوع لنظام معين يتطلب درجة كبيرة من ضبط النفس ، فإذا كان المريض ضحية مرض خطير وطلب الطبيب إيقاف الزيارات، تحتم أن يوطن النفس على المعيشة فى عزلة إجبارية. فإذا كانت عاداته المألوفة قبل المرض تجرى على الاتصال الحر مع الناس، فإن المؤسسة الطبية تصبح بمثابة حرمان أليم، فيزداد ضيق المريض، وقلقه ، مما يعرقل خطط العلاج الطبى [1] .

أثر البيئة والمجتمع على المريض :

قد ترجع بعض المشاكل الصحية إلى البيئة التى يعيش فيها المريض أو المجتمع المحلى الذى ينتمى إليه، فقد ينظر المجتمع إلى بعض الأمراض نظرة عار، أو اشمئزاز ، أو سخرية، مما يدفع المرضى إلى

(١) أنظر : محمود حسن ، **مقدمة الرعاية الاجتماعية** ، مرجع سابق ، ص ٦٥٨ ، ٦٦٠ .

الاحتفاظ بمرضهم، والتكتم الشديد عليه، خوفاً من إعلان حقيقته، وافتضاح أمرهم.

كما أن ضعف إمكانيات البيئة أو المجتمع للموارد الطبية المناسبة وعدم وجود دور خاصة للنقاهة، وقلة عدد المستشفيات وضيق سعتها ونقص مؤسسات التأهيل المهنى، وقلة عدد الأطباء والفنيين وهيئات التمريض بالنسبة لكثافة عدد المرضى، وندرة وجود الأجهزة المساعدة للتشخيص، وسوء حالة معامل التحليل، وأخيراً، نقص عدد الإخصائيين الاجتماعيين المؤهلين للعمل فى المجال الطبى والذين يقع عليهم عبء مساعدة المرضى فى الاستفادة من كل الفرص المتاحة فى البيئة واستغلالها أقصى استغلال ممكن، بإسلوب يرفع من درجة استفادة المرضى من خطط العلاج الطبى وعدم وجود الفرص أمام المريض لتغيير عمله، أو الحصول على عمل خفيف.. كل هذه مشكلات تواجه المرضى، نتيجة ظروف البيئة الثقافية والحضارية وقصور إمكانياتها.

وإذا كانت مثل هذه الظروف البيئية لايمكن تغييرها لتناسب احتياجات المريض، فإن الإخصائى الاجتماعى الطبى يعمل على تغيير وجهة نظر المريض، للأخذ فى الاعتبار الظروف البيئية، دون أن يعرقل خطط العلاج الطبى [١].

---

(١) أنظر: إقبال محمد بشير وآخرون، **الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى**، مرجع سابق، ص ٨١.

الفصل السادس

وسائل الوقاية من المرض

- تمهيد :
- إجراءات الوقاية من الأمراض .
- إجراءات الوقاية العامة .
- إجراءات الوقاية النوعية .
- الاكتشاف المبكر والعلاج الفوري .
- علاج المرضي .
- التأهيل .

تمهيد :

للخدمة الاجتماعية الطبية أهدافاً بعيدة، وأخرى مباشرة قريبة، أما عن أهدافها البعيدة، فتتمثل فى المحافظة على سلامة المواطنين، وتوفير السعادة الصحية لهم، ليتمكنوا من النهوض بالمسئوليات الاجتماعية الملقاه على عاتقهم، ومن ثم المحافظة على كيان الوطن وإعلاء شأنه .

أما أهدافها القريبة المباشرة، فتكمن فى توفير سبل العلاج والوقاية للمواطنين المحتاجين للمساعدة، بالتعامل مع المريض وظروفه المحيطة والتعامل مع أعضاء الفريق الطبى المعالج وأقسام المؤسسة الطبية، حتى يتماثل المريض للشفاء ويستعيد أدائه الاجتماعى بأسرع وقت ممكن.

وللخدمة الاجتماعية الطبية أهدافاً وقائية، تتمثل فى إثارة وعى المواطنين بإعلامهم بطبيعة الأمراض المختلفة، وأعراضها، وطرق العدوى بها، وأساليب الوقاية منها، وأيسر طرق لعلاجها، وأساليب الإسعافات الأولية، والوقاية من انتكاس المرض والإعلان عن المؤسسات الطبية والعيادات التخصصية، وكيفية الاستفادة منها.

كما للخدمة الاجتماعية الطبية أيضاً أهدافاً علاجية، تكمن فى العمل مع المريض المحتاج إلى الخدمة الطبية فى المؤسسة العلاجية، لتيسر له سبل العلاج، وتعجل من تقدمه فى العلاج وتماثله للشفاء، لاستعادة أعلى درجة ممكنة من أدائه الاجتماعى بأسرع وقت ممكن .

أيضاً، للخدمة الاجتماعية أهدافاً إنمائية وإنشائية تتمثل فى محاولاتها لإعادة تكيف المريض مع بيئته، وإعادته مرة أخرى لحياته

الطبيعية واستعادة أقصى ما يمكن توفيره من قدرات بدنية واجتماعية ونفسية، وذلك من خلال برامج التأهيل الطبى ، والنفسى ، والاجتماعى، والمهنى .

وعلى ذلك ، خُصص هذا الفصل لعرض ومناقشة إجراءات الوقاية من الأمراض، سواء كانت إجراءات وقاية عامة ، أو وقاية نوعية، أو اكتشاف مبكر وعلاج فورى للحالات المرضية، أو علاج المرضى، أو التأهيل.

إجراءات الوقاية من الأمراض [1] :

يمكن تحقيق الصحة للفرد أو المجتمع بإجراءات صحية عديدة، جرى المفهوم الحديث على تسميتها بالإجراءات الوقائية بمعنى أنها تعمل على الوقاية من المرض، أو مضاعفاته الصحية أو مضاعفاته الاجتماعية .

ويُمكن تقسيم هذه الإجراءات أو الخدمات إلى ثلاث مستويات وقائية، إعتماداً على الهدف الوقائي منها. فإذا كان الهدف من الإجراء الصحى هو الوقاية من الحالة المرضية، سمى إجراء وقائى أولى أو أساسى، أما إذا كان الإجراء الصحى يهدف إلى الوقاية من مضاعفات المرض بعد ظهوره، سمى إجراء وقائى ثانوى أو إجراء وقائى من الدرجة الثانية، وإذا كان الإجراء الصحى يهدف إلى الوقاية من المضاعفات الاجتماعية لما خلّفه المرض من عجز أو عاهة، سمى إجراء وقائى من الدرجة الثالثة .

ويمكن تفصيل هذه الإجراءات الوقائية، وتقسيمها إلى خمس مستويات تبعاً لترتيبها الوقائى على النحو التالى :

١- إجراءات ترقية الصحة وتقويتها (الوقاية العامة) Promontion:

وهى الإجراءات الوقائية غير المباشرة، وهى تهدف إلى المباعدة بين عوامل المسببات المباشرة للمرض، وبين الإنسان العائل، فى ظل بيئة صحية سليمة، وهى عمل إنشائى لصحة الفرد والجماعة، تقوى الصحة

(١) فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، مرجع سابق، ص ٩-١٣ .

بصفة عامة، وتزيد السليم سلامة دون توجيه الاهتمام لمرض معين بل لكل الأمراض دون تحديد .

ومن الإجراءات الصحية على هذا المستوى من الوقاية :

خدمات صحة البيئة مثل المسكن الصحى، توفير المياه الصالحة، التصريف الصحى للفضلات .. الخ ، خدمات التغذية، خدمات التربية الصحية والجنسية، خدمات رعاية الأمومة والطفولة، تحقيق الظروف الملائمة للتكيف النفسى السليم ونمو الشخصية السوية، الإجراءات الكفيلة بتهيئة التكيف الاجتماعى والرعاية الأسرية والمشاركة فى النشاط الاجتماعى، والترويح عن النفس.. الخ، وغيرها من إجراءات وخدمات تهدف إلى التكامل والسلامة البدنية، والنفسية، والاجتماعية، دون توجيه الاهتمام لمرض معين .

٢- إجراءات الوقاية النوعية Specific Protection:

وهى الوقاية بمعناها الدارج، أى الوقاية من مرض بعينه قبل أن يحدث، وذلك بالحيلولة بين المسبب النوعى والإنسان العائل، فإذا اتخذت إجراءات للوقاية من هذه الأمراض النوعية قبل أن تحدث، سميت هذه الإجراءات، إجراءات وقائية نوعية .

وقد توجه هذه الإجراءات الوقائية نحو المسببات النوعية (مثل غلى اللبن ، أو تصريف الفضلات ، أو دفن المواد المشعة) . وقد توجه هذه الإجراءات الوقائية نحو الإنسان العائل، (مثل : التطعيم ، أو تحسين العادات الصحية ، أو التوعية الصحية أو استخدام أدوية نوعية أو استخدام

ملابس واقية، وكذلك قد توجه الإجراءات النوعية نحو البيئة، (مثل ردم المستنقعات والبرك أو تهيئة المساكن الصحية، أو القضاء على العامل الوسيط، مثل قواقع البلهارسيا، أو تحسين المستوى التعليمي والاقتصادى..الخ).

٣- الاكتشاف المبكر والعلاج الفورى للحالات المرضية :

Early Caso findirg and prompt treatment

وهى الإجراءات التى تُتخذ لاكتشاف الحالات المرضية فى أدوارها المبكرة، فى وقت غالباً ما تكون غير معروفة للمصابين بها أو لمن حولهم. وفى هذه الحالة غالبًا ما يكون العلاج شافيًا مما يساعد على الوقاية من المضاعفات فى المريض، أو انتشار المرض إذا كان معدياً .

وهناك طرق كثيرة لاكتشاف الحالات المبكرة منها :

- مناظرة المخالطين للمرض بأمراض معدية، مثل مخالطى حالة تيفود .

- تحليل الدم للوازرمان لاكتشاف حالات الزهرى بين الحوامل.

- عمل أشعات إكس لعمال المصانع وطلبة المدارس لاكتشاف حالات الدرن بينهم .

- الكشف الدورى على حالات الأورام البسيطة المحتمل تحولها إلى أورام سرطانية خبيثة .

وبمجرد اكتشاف الحالات المرضية بأى من هذه الإجراءات يلزم

علاجها فوراً حتى يتحقق الهدف الوقائي منها .

٤- علاج المرضى Restoration:

وتشمل الإجراءات العلاجية للحالات المرضية الظاهرة التي تقدمت بنفسها إلى الوحدات العلاجية، ويهدف العلاج إلى الحد من المضاعفات، أو العجز المرضي، واستكمال الشفاء وبهذا المفهوم تعتبر هذه الإجراءات وقائية لوقاية المريض من المضاعفات ومن العجز وكذلك وقاية المجتمع من انتشار المرض بين أفراده إذا كان مرضاً معدياً .

٥- التأهيل Rehabilitation:

ويشمل الإجراءات التي تتخذ بعد علاج الحالة المرضية وثبوت الحالة التشريحية والوظيفية (مثل فقد أحد الأطراف أو فقد قوة الإبصار)، وتهدف هذه الإجراءات إلى الوقاية من المضاعفات الاجتماعية (مثل التشرد أو التسول) وذلك برعاية العاجز صحياً وعضوياً، ونفسياً ، واجتماعياً، ومهنياً، حتى يمكن أن يعتمد على نفسه في تصريف شئونه، وكذلك اكتساب رزقه، مع استغلال الباقي من طاقاته وإمكانياته أفضل استغلال. وتتفاوت المجتمعات في مدى استخدام هذه المستويات الوقائية الخمس بتفاوتها في المستوى الاجتماعي والاقتصادي، فنجد برامج الصحة العامة في المجتمعات المتقدمة، تعتمد أساسا على إجراءات ترقية الصحة، والوقاية النوعية وإلى حد ما الاكتشاف الفوري ، بينما نجد برامج الصحة العامة في المجتمعات المختلفة، تعتمد أساساً على الإجراءات العلاجية، أكثر من اعتمادها على الوقاية العامة أو النوعية .

الفصل السابع

الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية

- تمهيد .
- الأمراض السيكوسوماتية .

تمهيد :

ظل الاهتمام إلى عهد قريب مقصوراً على جسم الإنسان، غير أن ذيوع الأمراض السيكوسوماتية، أدى إلى الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية فى نشأة الأمراض وعلاجها، وإلى ظهور اتجاه جديد فى الطب، يعرف بالاتجاه السيكوسوماتى ، وهو اتجاه يؤكد أثر العوامل النفسية والاجتماعية فى جميع العلل الإنسانية، دون أن يغض من أثر العوامل الجسمية .

ومن هنا يمكن القول ، بأنه لايوجد مرض جسمى بحت يؤثر فى الجسم دون النفس، كما أنه لايوجد مرض نفسى بحت يؤثر فى النفس دون الجسم، حيث أن الإنسان فى ذاته وحدة لاتتجزأ، يتفاعل بكليته بالبيئة التى تحيط به .

ولذلك نجد أن العلاج ينبغى أن يتضمن كل من الفهم الكامل للحالة الاجتماعية الانفعالية، النفسية للمريض من جانب ، ومداواة المرض بالعقاقير الطبية الملائمة من جانب آخر .

وعلى ذلك خصص هذا الفصل لعرض بعض الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية مع التركيز على تحليل ومناقشة الأمراض السيكوسوماتية من حيث ماهيتها، وأسبابها، وأهم أعراضها، وكيفية علاجها .

الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية :

ونعنى بهـــا تلك الأمـــراض، ذات الصلة الوثيـــقـــة بالنواحى الاجتماعية، سواء من حيث سبب حدوثها، أو من حيث آثارها، حيث يترتب على انتشارها فى المجتمع، عواقب واضرار اجتماعية واقتصادية، بجانب الأضرار والآلام البدنية .

تلك الأمراض ، لايجدى العلاج الطبى بمفرده معها، ولابد من تدخل الخدمة الاجتماعية، بجهودها المهنية لتوعية الناس ، ومحاولة إكسابهم عادات واتجاهات جديدة، لتحل محل تلك العادات السيئة، والاتجاهات غير السوية التى كان لهما اليد الطولى فى حدوث الأمراض من جانب وفشل خطط العلاج الطبى من جانب آخر .

ومن أمثلة الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية :

١- الأمراض السيكوسوماتية .

٢- الأمـراض المعدية ذات الصـبغـة الاجتمـاعـيـة مـثل: الدرن ، والجزام.

٣- الأمراض التناسلية المعدية (السرية) مثل : الزهرى، والسيلان، والقرحة الرخوة، والجرانيولوما الإربية، والجرانيولوما الليمفاوية .

٤- أمراض تلوث البيئة وهى الأمراض الناتجة عن القذارة مثل : التيفود والباراتيفود ، والدوسنتاريا بنوعيها الباسلية والأميبية .

٥- الأمراض المتوطنة مثل : الرمد الحبيبى والصديدى، والأمراض

الطفيلية الهامة مثل الملاريا ، والبلهارسيا ، والإنكلسترما والإسكارس .

وسوف نكتفى بإلقاء بعض الضوء على الأمراض السيكوساماتية من حيث ماهيتها، وأسبابها، وأهم أعراضها، وكيفية علاجها، حيث أنها تمثل إحدى الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية من جانب ، ولوضوح الآثر النفسى الاجتماعى على ظهورها من جانب ثانى، ولقربها من العمل المهنى للإخصائى الاجتماعى من جانب ثالث .

الأمراض السيكوسوماتية :

كان الأقدمون على وعى بالعلاقة بين الجسم والنفس ، وما بينهما من تفاعل وثيق، ويقول أفلاطون من أكبر أخطائنا اليوم أن يفصل الطبيب بين النفس والجسم، بل لقد حاول إبن سينا وغيره من أطباء العرب علاج الأمراض الجسمية، بأساليب نفسية خالصة، دون الالتجاء إلى الأدوية والعقاقير الطبية. هذه النظرة تشير إلى الاهتمام بالمريض فى جملته لا من ناحية واحدة فقط، غير أننا لاننكر أن نظرة الماضى، تختلف عن نظرة علم النفس الحديث .

ولم يهتم الطب بالجوانب الاجتماعية والنفسية للمرض العضوى وينظر إليها نظرة علمية، إلا فى أوائل القرن الحالى، ولقد جاءت البحوث الفسيولوجية الحديثة، وكشوف مدرسة التحليل النفسى لفرويد، تعزز أثر الانفعالات ، والتوترات النفسية .

فالخوف ، أو الغضب ، أو الحزن، تؤدى إلى اضطرابات جسمية متعددة، منها إرتفاع ضغط الدم، وزيادة إفرازات الغدد، وسرعة ضربات

القلب ، فإذا ما تكررت هذه الاضطرابات الفسيولوجية الحادة التى يثيرها الانفعال والتوتر النفسى تحولت إلى اضطرابات مزمنة، تؤدى آخر الأمر إلى اضطرابات وأمراض عضوية .

ولقد أصبح الأن من الأمور الأساسية فى العلاج، إعتبار المريض وما يحيط به من عوامل اجتماعية، ونفسية، وحدة لاتتجزأ ، والعلاج السليم هو الذى ينظر إلى المريض، ويتعرف على شخصيته وظروفه، ولايقتصر على دراسة طبيعة المرض وحده [1] .

وتُعرف الأمراض السيكوسوماتية، بالأمراض النفسية الجسمية التى تلعب فيها العوامل النفسية الانفعالية دوراً رئيسياً، وهى أكثر حدوثاً فى الطبقة المتوسطة، وهى أكثر الطبقات تأثراً بالحياة الاجتماعية، كما يكثر انتشارها بين الأشخاص الذين يتميزون باستجابات انطوائية، وتنشأ عادة نتيجة القلق الذى يجد مجالا للتنفيس عنه خلال أعضاء الجسم المختلفة.

أسباب الأمراض السيكوسوماتية :

لاشك أن العوامل النفسية ، والصراع العاطفى ، والاحباطات المتراكمة، والتوترات الانفعالية المستمرة، تكمن وراء هذه الأمراض، فقد ثبت أن هناك ارتباطاً بين العوامل الانفعالية، وقرحة المعدة، وقد أثبتت عدة بحوث ودراسات تتبعية.. أن القرحة المعدية تصيب الأفراد الذين يتميزون بعدم الاستقرار الانفعالى، وأن القرحة تتماثل للشفاء لديهم

(١) محمود حسن ، **مقدمة الرعاية الاجتماعية**، مرجع سابق، ص ٦٦٣ ، ٦٦٤ .

بزوال الصراعات الانفعالية، وأنها تعاود المريض عندما تعود تلك الصرعات الانفعالية، أو يواجه الفرد حرماناً من إشباع حاجته للحب والرعاية .

وقد ثبت من جهة أخرى، أن اختزان الحقد، والغيظ ، والشعور بالظلم مدة طويلة، قد أدى إلى حالات من ارتفاع ضغط الدم، الذى ليس له أصل عضوى، كما وجدت حالات أزمة الربو لدى أفراد عانوا فى طفولتهم من الحياة، فى أسر تعانى من القلق والحصار، وعدم الشعور بالأمن، والخوف المتواصل أو الشعور بالنبذ ، كذلك وجدت حالات تبول لاإرادى لدى راشدين عانوا فى طفولتهم من قسوة فى المعاملة ومشاعر الذنب والعقاب والتوترات الانفعالية الزائدة .

وفى حالات كثيرة من الصداع الدائم، التى لم يكتشف لها سبب عضوى يفسر سبب الصداع الدائم - غالباً فى جانب واحد من الرأس - لوحظ أنه ينتشر بين أفراد عانوا من حالات الإحباط والصراع المتصل، ووجدت حالات مماثلة، لأفراد فى القوات المسلحة، كانوا قبل دخولهم العسكرية يعانون من حساسية زائدة، وتوتر ، وعدم استقرار انفعالى ، زادت حدته وآثاره بعد تعرضهم للمواقف الحربية العنيفة [1] .

إن الانفعال ، هو استجابة الكائن الحى كله، حيث يتغير الشكل العادى للتوازن الفسيولوجى تغييراً من شأنه أن يعد الكائن للقيام بفعل

(١) عثمان لبيب فراج، أضواء على الشخصية والصحة العقلية، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٧٠، ص ٢٨٧ - ٢٨٨ .

معين، وتشمل هذه الاستجابة خبرات ذاتية وتغيرات ملحوظة فى السلوك، وتغيرات فى نشاط الأحشاء الداخلية .

فالخبرات الذاتية ، هى الشعور بالسرور أو الحزن، بالإثارة أو الفتور، بالتوتر أو الراحة، ومن التغيرات الملحوظة فى السلوك التغيرات فى الوجه ، ونبرات الصوت ، والايماءات .

أما التغيرات الحشوية، فهى شديدة التعقيد، وإن كانت فى جملتها تدور حول المحافظة على التوازن الذاتى الفسيولوجى (الفسيوكميائى) لتنظيم الحرارة، وضربات القلب، وضغط الدم ومعدل التنفس، وحركة الأمعاء، وإفرازات المعدة .. الخ .

وكل هذه التغيرات ، تُصبح توافقية ضرورية خلال الخبرة الانفعالية الشديدة، لأن الفرد حينذاك، يحتاج لمظاهر غير عادية لمواجهة هذه الخبرة ، أما إذا كان الانفعال الناجم عن هذه الخبرة شديداً أو مزمناً فيضطرب التوازن الداخلى بشكل خطير، ومن ثم يظهر الاضطراب السيكوسوماتى [1] .

وتتفشى الأمراض السيكوسوماتية فى الحضارات المعقدة التى يشيع فيها الصراع، والاحتكاك الشديد بين الناس ، والتنافس القاتل ، والظروف الاقتصادية القلقة، والبطالة، وتوقع الحرب، والتحرش بغريزة الجنس .. إلى غير ذلك من الظروف التى تستفز الفرد، وتثير فى نفسه

---

(١) عطيات ناشد وأخرون ، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين** ، مرجع سابق ، ص ٢٦١ .

العداوة والبغضاء ، والقلق والخوف ولاتسمح له أن يُعبر عن هذه الانفعالات تعبيراً صريحاً .

ومما يؤيد هذا الرأى ، أنها أكثر شيوعاً فى المجتمعات المعقدة منها فى المجتمعات البسيطة، وفى الحضر أكثر منها فى الريف، فقد ظهر من بحث على الإسكيمو عام ١٩٥١ ، أن نسبة شيوع هذه الأمراض بين من يأخذون بأساليب الحياة الشائعة فى الحضارة الغربية، وبين السكان الأصليين ٥ : ١ كما لوحظ أنها بدأت تنتشر فى البلاد الأخذة بأسباب التصنيع كالهند ، وغرب أفريقيا .

وفى جنوب أفريقيا، حيث تقطن قبائل الزولو ، لايكاد مرض السكر يعرف لديهم، لكنه بدأ يعرف طريقه إليهم بعد انتقالهم إلى المدن الصناعية بعشر سنوات، ومما يجدر ذكره ما لوحظ من أن هناك فارقاً إحصائياً ذا دلالة بين ضغط الدم لدى زنوج أفريقيا، وبينه لدى الزنوج الذين يعيشون فى الولايات المتحدة، وقد تأكد أنه فارق يرجع إلى نوع الحضارة، لا إلى السلالة .

وقد سجلت الإحصاءات فى الولايات المتحدة الامريكية أن أمراض القلب بمختلف أنواعها، ارتفعت نسبة الإصابة بها من ٨٪ عام ١٩٠٠ إلى ٣٢,٧٪ عام ١٩٤٨ ، أى بزيادة أكثر من ٤٠٠٪ كما دلت نفس الإحصاءات على أن نسبة الوفيات بأمراض الشريان التاجى الذى يغذى القلب فى انجلترا أقل منها فى الولايات المتحدة الأمريكية، لكنها آخذه فى الارتفاع بدرجة كبيرة، وأنها فى سويسرا، أقل منها فى

انجلترا، لكنها تزداد بسرعة .

إنها أمراض جسمية، ترجع فى المقام الأول إلى عوامل نفسية، سببها مواقف انفعالية، تثيرها ظروف اجتماعية، لذا فهى أمراض لايجدى فى شفائها العلاج الجسمى وحده، فى حين أنها تستجيب للعلاج النفسى مقترناً بالعلاج الجسمى، وقد يقتضى الأمر علاجاً اجتماعياً بأن يغير المريض بيئته [1] .

وهنا تبرز أهمية دور الخدمة الاجتماعية الطبية، التى تتدخل فى الأوقات والمواقف الملائمة للتعامل مع هذه الظروف الاجتماعية حتى تساعد وتعجل من علاج هؤلاء المرضى، وتزيل ما يعرقل خطط العلاج الطبى .

هذا ، ونحب أن نشير إلى بعض العوامل التى تتدخل فى تكوين الأمراض السيكوسوماتية، والتى لابد من مراعاتها عند دراسة الحالة. هذه العوامل هى[2] :

١- العامل الانفعالى .   ٢- نوع شخصية الفرد .

٣- العامل الجنسى   ٤ - التاريخ العائلى .

٥- ارتباط المرض السيكوسوماتى بمرض سيكوماتى آخر .

---

(١) أحمد عزت راجح، أصول علم النفس ، مرجع سابق، ص١٧٠ - ١٧١ .

(٢) أنظر : إقبال محمد بشير ، إقبال إبراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق ص ٧٧ - ٧٩ .

٦- أوجه ظهور المرض ٧- عامل الانتشار .

١- العامل الانفعالى :

يلعب العامل الانفعالى دوراً هاماً فى تكوين المرض السيكوسوماتى، وتطلق كلمة الانفعالى على الحالات العقلية التى يترتب عليها تغيرات جسمية، وقد أجريت عدة اختبارات على مجموعات مختارة من المرضى المصابين بأمراض الربو ، والقرحة المعدية، والالتهاب الشعبى، والتهاب المفاصل ، وقد اتضح أن نسبة عالية من هذه الحالات ظهر المرض لديها فى فترات ما فى حياتها حينما قابل المريض ظروف انفعالية معينة، أو مر بفترة من الحزن غير الطبيعى ، ولم يتكيف لهذه الظروف تكيفاً طبيعياً، والتى قد يرجع تاريخها إلى الطفولة الأولى .

٢- نوع الشخصية :

تتدخل شخصية الفرد إلى حد ما فى نوع المرض الذى يمكن أن يصاب به، ومعظم العاملين فى الميدان الطبى، وخاصة من كان منهم اكتسب خبرة طويلة فى هذا الميدان، لديهم قدرة على إدراك أنواع معينة من الأمراض، تتمشى مع أنواع معينة من الأشخاص، ويمكن هنا أن نذكر أنماطاً من الشخصيات، تتجه نحو التأثر بالأمراض السيكوسوماتية .

أ- الشخصية الهستيرية :

ويتميز الأفراد ذات الشخصيات الهستيرية بالقلق الحركى والرغبة فى الحصول على تأييد الآخرين وجذب انتباههم، وكسب العطف بوسائل طفلية، كما يتميزون بالسذاجة، وقد نجد من بينهم أيضاً المتمردين اجتماعياً.

ب - الشخصية الوسواسية :

تختلف مظاهر الشخصية الوسواسية من شخص لآخر فبعضها يشمل الأشخاص الذين يتصفون دائماً بحسن المظهر والأناقة والبعض الآخر يتصف بالنشاط والانشغال، كما أن هناك أشخاصاً يتصفون بالثقة بالنفس، إلى جانب بعض الأشخاص الذين يؤدون واجبهم بأنفسهم ولايكلفون الآخرين بعمل شىء لهم، لذلك نجد أن الشخصيات الوسواسية تتجه كل منها بالإصابة بمرض مختلف عن الآخرين تبعاً لما يميزها من خصائص وصفات.

٣- العامل الجنسى :

تتجه بعض الأراء إلى أن المشكلات الجنسية، هى أساس كل المشكلات الأخرى، بحجة أن الغريزة الجنسية هى مصدر الطاقة البشرية، والغريزة الجنسية فى الإنسان بما يحيطها من قيود وتقييد شديد ، يجعلها خاضعة للكبت، والذى يظهر أثره فى أنواع السلوك الشاذ ، وبالتالى لأنواع مختلفة من الاضطرابات التى تقع أعراضها فى مظاهر جسمية .

٤- التاريخ العائلى :

لدراسة التاريخ الاجتماعى والمرضى للعائلة أهمية كبرى فى دراسة المريض السيكوسوماتى ، حيث أن الفرد يتشأ فى الأسرة بما فيها من مثل، وعادات ، وتقاليد، ويتكون لديه العواطف والعقد المختلفة، وما بها من مستويات ثقافية وتعليمية وصحية واجتماعية يؤثر تأثيراً مباشراً على شخصية الفرد .

٥- ارتباط المرض السيكوسوماتى بمرض سيكوسوماتي آخر :

من الممكن أن تظهر أمراض سيكوسوماتية مختلفة فى شخص واحد فى وقت واحد، ولكن المهم فى هذه الحالات هو معرفة طريقة التغير والإبدال والتتابع الذى يحدث عند ظهور المرض .

٦- أوجه ظهور المرض :

ويقصد به الأشكال المختلفة، والأسلوب والطريقة التى يتخذها المرض عندما يظهر فى الفرد، فالمرض السيكوسوماتى حينما يظهر، يتخذ أشكالا معينة من حيث :

أ- وقت ظهوره :

ونعنى بظهوره سواء لأول مرة، أو ظهوره فى دورات مختلفة، ومدى اختلاف هذه الدورات من ساعة إلى يوم إلى شهر إلى سنة .

ب - مدة المرض :

حيث تختلف الأشكال التى يتخذها المريض من حيث حدتها

والفترة التى يحتاجها للعلاج .

٧- عامل الانتشار:

ويقصد به مدى انتشار المرض السيكوسوماتى المرتبط بالمتغيرات البيئية من ناحيتها السيكولوجية والاجتماعية، ومن المعروف أن نسبة الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية ، ترتفع وتنخفض تبعًا لتغيير البيئة الاجتماعية من بساطة إلى تعقيد أو العكس .

أهم أعراض الأمراض السيكوسوماتية:

جميع أعراض هذه الأمراض، تُعتبر استجابة لاشعورية جسمية لتوترات انفعالية، ناتجة عن عوامل ديناميكية فى اللاشُعور والتى تنفس عن وجودها بأعراض جسمية، مثل الإعياء المزمن، والاضطرابات المغوية، وزيادة نبضات القلب ، وضيق التنفس ، وعسر الهضم، واضطراب إفراز الغدد الصماء، والصداع، وآلام الظهر والرقبة، ونوبات الدوخة، والإسهال، والقىء ، وفقدان الشهية، وضغط الدم، وقرحة المعدة، والربو، والجويتر (الغدة الدرقية)، والتهاب المفاصل ، والآلام الروماتيزمية، واللمباجو ، والسكر، والسمنة المفرطة، وغير ذلك من الأمراض التى ترتبط بالجهاز الهضمى أو التنفسى، أو الجهاز الدورى ، مما يميز هذا النوع من الأمراض عن الهستيريا، التى تقتصر أعراضها على الجهاز العصبى [1] .

---

(١) عثمان لبيب فرج ، **أضواء على الشخصية والصحة العقلية**، مرجع سابق، ص ٦٦٣ .

وتتخذ الاضطرابات السيكوسوماتية صور واستجابات مختلفة أهمها:

١- إستجابات معدية معوية: مثل قرحة المعدة واضطراب عملية الإخراج وفقد الشهية .

٢- إستجابات قلبية : كأمراض القلب والأوعية الدموية، مثل عصاب القلب ، والإغماء، والصداع، وضغط الدم ارتفاعاً وهبوطاً .

٣- إستجابات تنفسية : كأمراض الشعب الهوائية، والربو ، والتهاب الجيوب الأنفية الناتج عن الشعور بالقلق .

٤- إستجابات جلدية : وأهمها الإرتكاريا، وحَب الشباب ، والحكة الجلدية، والثعلبة (شقوط الشعر)، والالتهابات الجلدية العصبية التى تشوه المظهر الخارجى مما يؤدى إلى شعور المريض بالنقص .

٥- إستجابات عضلية هيكلية: كالتهاب المفاصل، وآلام الظهر ، وتشنج العضلات، وعادة تأتى من مشاعر الكراهية المكبوتة التى تؤدى إلى توتر عضلى مستمر، تظهر فى التهابات مفصلية .

٦- إستجابات جنسية : وأهمها اضطرابات الوظيفة الجنسية إما عجزاً جنسياً عند الذكور ، أو اضطرابات فى حالات الانتصاب والقذف، أما عند الإناث ، فمظاهرها البرود أو تقلصات المهبل، أو اضطراب الطمث ، ويربط أنصار مذهب التحليل النفسى بين هذه الاستجابات

وبين عقدة أوديب [1] .

الطب السيكوسوماتى :

ظل الاهتمام إلى عهد قريب مقصوراً على جسم الإنسان غير أن ذيوع الأمراض السيكوسوماتية، أدى إلى الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية فى نشأة الأمراض وعلاجها، وإلى ظهور اتجاه جديد فى الطب ، يعرف بالاتجاه السيكوسوماتي ، وهو اتجاه يؤكد أثر العوامل النفسية والاجتماعية فى جميع العلل الإنسانية دون أن يغض من أثر العوامل الجسمية. فهو يهتم بالمتاعب الاجتماعية والمالية والعائلية للمريض، ويعيرها ماهو أهل له من العناية، وبعبارة أخرى، فهو يهتم بالمريض اهتمامه بالمرض وينظر إلى العوامل الانفعالية، والأزمات النفسية، على أنها عوامل حقيقية فعالة فى إحداث الاضطرابات الجسمية كالميكروبات والسموم على حد سواء، إنه ينظر إلى الإنسان على أنه وحدة نفسية جسمية اجتماعية متكاملة متضامنة إن اشتكى منها عضو تداعت له سائر الأعضاء بالسهر والحمى [2] .

ولذلك ، نجد أن العلاج ينبغى أن يتضمن كل من الفهم الكامل للحالة الاجتماعية، الانفعالية، النفسية للمريض من جانب، ومداواة المرض بالعقاقير الطبية الملائمة من جانب آخر، حيث يتفاعل المريض

(١) والترج كوفيل وآخرون ، **علم نفس الشواذ** ، ترجمة محمود الزيادى ، القاهرة بدون سنة، عن عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين** ، مرجع سابق ، ص ٢٦٢ - ٢٦٣

(٢) أحمد عزت راجح ، **أصول علم النفس** ، مرجع سابق، ص ١٧٢

مع مرضه بصور مختلفة منها :

١ - فقد يتفاعل المريض مع مرضه بصورة مبالغة تزيد من تصوير أعراضه ، دون مبرر عضوى يتناسب مع العجز الذى يبديه، مثلاً ما إذا أصيب بشلل جزئى فى أحد أطرافه ولم يكن هذا الشلل كافياً لأن يعوق حركته إلا بمقدار يسير ، فإن التفاعل النفسى السيىء قد يجعل العجز تاماً، ويكون هنا المرض النفسى موجود مع وجود المرض العضوى.

٢ - قد تكون الأسباب نفسية بحته، ولكنها تُعبر عن نفسها بواسطة الأعراض العضوية، وتكثر هذه المظاهر فى حالات الهستريا، مثل النوبات الهستيرية، والشلل وفقد الإحساس أو زيادته .

٣ - قد يؤثر المرض العضوى على الحالة النفسية للمريض فيتفاعل المريض للعجز الثانى تفاعلاً يختلف باختلاف تكوين شخصيته، فقد يتفاعل بالاكتئاب أو بالقلق أو الانطواء [1] .. الخ.

ومن هنا يمُكن القول ، بأنه لايوجد مرض جسمى بحت يؤثر فى الجسم دون النفس، كما أنه لايوجد مرض نفسى بحت يؤثر فى النفس دون الجسم، حيث أن الإنسان فى ذاته وحده لاتتجزأ، يتفاعل بكليته بالبيئة التى تحيط به .

من عرضنا السابق للصور المختلفة لاستجابات الاضطرابات السيكوسوماتية، يظهر لنا أن هناك فروق تمُيزها عن الأمراض الأخرى

---

(١) إقبال محمد بشير ، إقبال إبراهيم مخلوف ، **الرعاية الطبية ودور الخدمة الاجتماعية**، مرجع سابق، ص ٧٥ .

حيث تتميز الأمراض السيكوسوماتية بأمرين هما :

١- طريقة سير المرض :

أى الطريقة التى يتخذها المرض منذ ظهوره فى الفرد وكيفية ظهوره، والظروف التى يظهر فيها، وأوقات ظهوره، ومدة ظهوره .

٢- طبيعة العوامل المسببة للمرض :

حيث أنها مواقف اجتماعية، يتولد عنها مواقف انفعالية فتعبر عن نفسها بواسطة الأعراض العضوية .

الفصـل الثامن

الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى

- تمهيد .
- أولا : الإعداد المهنى للإخصائي الاجتماعى الطبى .
- ثانيا : الأدوار الوظيفية للإخصائي الاجتماعى الطبى .

تمهيد :

نقصد بدور الإخصائى الاجتماعى هنا، وصف لطبيعة ونوع ما يقوم به من أعمال، عند تطبيقه وممارسته للخدمة الاجتماعية فى حدود الإطار العام للدور المهنى للإخصائى الاجتماعى بصفة عامة. ويرتبط دور الإخصائى بالجهاز الذى يعمل فيه، فقد يعين الإخصائى الاجتماعى مديراً منفذاً فى بعض الأجهزة أو رئيساً لأحد أقسامه الفنية، أو عضواً بأحد تلك الأقسام الفنية، ويسند إليه غالباً - بالإضافة إلى عمله بإحدى هذه الوظائف - العمل مع مجلس إدارة الجهاز، أو مع لجنة أو أكثر من اللجان التى تقتضى طبيعة العمل تشكيلها. وعلى الإخصائى الاجتماعى أن يقوم بالأعمال التى يقررها الجهاز، بأسلوب يستهدف خلق العلاقات الاجتماعية السليمة بين العاملين، والعمل على إيجاد روح التعاون والتضامن بين أفراد وجماعات وتنظيمات مجتمع المؤسسة الطبية، لإدراك مشكلاته، واحتياجاته وموارده ، وإمكانياته، والقيام بالعمل المشترك لإشباع الاحتياجات، وحل المشكلات، لكى يتمكن العاملون من تحقيق الأهداف التى يرغبون فى تحقيقها، فى ضوء ما لديهم من موارد وإمكانيات .

ولذلك، يجب أن يقوم الإخصائى الاجتماعى بممارسة دوره على أساس الفهم الواعى، والمعرفة الكاملة، لفلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية، والعمل الجاد على تحقيق أهدافه التى تساهم بدورها فى تحقيق أهداف مجتمع المؤسسة الطبية، مستخدماً كل العمليات والأساليب،

والوسائل الممكنة، وملتزماً بمبادىء المهنة وأخلاقياتها، وأن يستغل قدراته، وخبراته، ومهاراته أحسن استغلال ممكن فى ممارسة دوره المهنى .

وقبل أن نناقش الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى سوف نناقش أهمية وكيفية الإعداد المهنى للإخصائى الاجتماعى الطبى .

وعلى ذلك ، خصص هذا الفصل لعرض ومناقشة موضوعين :

أولهما : الإعداد المهنى للإخصائي الاجتماعى الطبى :

وتم فيه مناقشة عوامل نجاح عمليات الإعداد المهنى للإخصائى الاجتماعى للعمل فى المجال الطبى، سواء من حيث استعداده المهنى، أو إعداده المهنى بشقيه النظرى والعملى .

ثانيهما : الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى الطبى :

وتم فيه مناقشة أدوار الإخصائى الاجتماعى الطبى، سواء مع الأفراد أو جماعات المرضى، أو مع مجتمع المرضى فى المؤسسة الطبية .

أولاً : الإعداد المهنى للإخصائى الاجتماعى الطبى :

نظرا للتخصص الدقيق الذى أخذت به كافة العلوم والمهن، ونظراً لحاجة الخدمة الاجتماعية الطبية لتثبيت أقدامها، وإثبات كفاءتها لجميع العاملين فى الحقل الطبى، ونظراً لأهمية دور العوامل الاجتماعية والنفسية والبيئية فى ظهور المرض (الأمراض السيكوسوماتية)، وتشخيصه، والمساعدة في علاجه، كان لزماً علينا العمل على إعداد إخصائيين اجتماعيين متخصصين فى المجال الطبى.

وسبق أن ذكرنا فى هذا الصدد، أن وصل الأمر فى التخصص إلى الدقة المتناهية، لدرجة أن علم الجراحة أنقسم على ذاته ليخرج منه فروعاً متعددة أكثر دقة، وأكثر تخصصاً ليصبح جراحة تجميل، وجراحة عظام، وجراحة باطنة، وجراحة أوعية دموية، وجراحة مسالك بولية، وجراحة أعصاب، وجراحة قلب .. الخ .

وكان لزامًا على الخدمة الاجتماعية الطبية، أن تساير هذا التخصص الدقيق ففى القليل، ينبغى علينا أن نهتم بإعداد الإخصائى الاجتماعى المهنى، الذى يتخصص فى المجال الطبى بوجه عام .

ومن المعروف أن النجاح فى عمليات الإعداد المهنى فى أى تخصص يتوقف على أمرين غاية فى الأهمية، لانستطيع الاستغناء بأحداهما عن الآخر:

أولهما : الاستعداد الشخصى للفرد، وهو ذلك الميل تجاه عمل

بعينه والرغبة فى معرفة كل ما يتعلق به .

ثانيهما: الإعداد المهنى بشقيه.. النظرى والعملى، والذى من خلالهما يكتسب ويحصل مجموعة الخبرات والمهارات، ليصقل بها استعداده الشخصى ، حتى يكون معداً للقيام بأعباء وأعمال مهنته على خير وجه .

فالاستعداد الشخصى بمفرده، دون إصقال من المعرفة أو المران أو الخبرة تُعد ضرباً من العشوائية والارتجالية، والإعداد المهنى بمفرده دون استعداد شخصى من الفرد ، هو عبىء ثقيل ، أكثر ما نتوقعه منه هو الحد الأدنى من العمل، أو حد الكفاف، ولانتوقع منه شيئاً من العطاء أو الجودة أو التطوير والإضافة والإبداع .

لذلك ، سوف نناقش جانبى نجاح عمليات الإعداد المهنى من حيث الاستعداد المهنى ، والإعداد المهنى .

١- الاستعداد المهنى :

وسنركز اهتمامنا هنا فى الخطوط العريضة للصفات التى يجب أن تتوافر إلى أقصى حد ممكن فى ممارسى الخدمة الاجتماعية الطبية، وهى [١] :

أ- قدرات جسمية وصحية مناسبة، بالقدر الذى يؤهلهم للقيام

(١) أنظر: إقبال محمد بشير وآخرون ، **الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى** ، مرجع سابق، ص ١٦٠ - ١٦١ .

بأعباء مهامهم من جانب، وبالقدر الذى لايثير فى العملاء من المرضى، أحاسيس الاشفاق أو الرثاء من جانب آخر .

ب - إتزان الشخصية، بالقدر الذى يكون معه متزناً انفعالياً ، قادراً على ضبط النفس، ذو ردود فعل مناسبة، لاتشوبه نزعات اندفاع، وعدم تحمل المسئولية .

جـ - إتزان عقلى مناسب، بالقدر الذى يتوفر فيه نسبة ذكاء مناسبة. ومنظم الفكر، مع سرعة بديهة، مع بعض القدرات الخاصة كالقدرة التعبيرية واللفظية، ويتضمن مجموعة من المعارف والمعلومات العامة من العلوم المهنية المختلفة .

د - قيم اجتماعية تتضمن سمات أخلاقية سوية، بالدرجة التى تجعله يتميز بالموضوعية من جانب، ويستطيع السيطرة على مشاكله الخاصة وفصلها جانبًا حينما يتصدى لمساعدة الآخرين من جانب آخر، ومن أبرز هذه القيم الاجتماعية، حب الناس ،وسعة الصدر، والتجاوب ، والبعد عن الأسلوب الانتقادى أو التهكمى ،وتقبل الأشياء غير المعتادة، ولايظهر استياءه منها، وحسن السمعة .

هـ - الانصات الجيد ، والانتباه الكافى، والذى من خلالهما يمكن إدراك وجهات نظر المريض من جانب، والقائمين على علاج المريض من جانب آخر، وأن تتوفر لديه الشجاعة الكافية التى تعفيه من الخوف المرضى من العدوى .

٢- الإعداد المهنى :

ويشمل الإعداد المهنى جانبين، أحدهما الإعداد النظرى وهو يساعد على تكوين الإطار النظرى المكون من القوانين والنظريات والمفاهيم والقيم والمبادىء ، والأساليب ، والأدوات، التى تهدى الممارس وترشده فى مجال عمله، حتى يكون عملاً علمياً، مبرأ من العشوائية والارتجال .

والآخر التدريب العملى ، ومن خلاله، تتاح فرصة للمتعلم، أن يمارس، ويطبق إطاره النظرى فى الواقع العملى الميدانى، وأن يتمرس على تطبيق القوانين، والنظريات والمفاهيم، والمبادىء، والأساليب، والأدوات فيقل خطأ التنفيذ من جانب، وتقل رهبة ممارسة المهنة ويتم الاعتياد عليها من جانب ثانى ، ويساعد ذلك على ارتفاع كفاءة الأداء للمتعلم، مما يضمن معه توصيل الخدمة إلى مستحقيها بأفضل أسلوب ممكن من جانب ثالث .

وبالطبع ، يتم هذا التدريب ، تحت إشراف مجموعة من المتخصصين مما يضمن للمتدربين أكبر وأقصى درجة أستفادة ممكنة .

وسوف نناقش فيما يلى كل من الجانبين :

أ- الإعداد النظرى [1] :

يجب أن يتضمن الإطار النظرى لطالب الخدمة الاجتماعية بصفة

(١) أنظر كل من : المرجع السابق، ص١٦١، ١٦٢،

- محمد سيد فهمى، السلوك الاجتماعية للمعوقين، مرجع سابق، ص ١٠٩ - ١٢٦ .

عامة، مع التركيز على الخدمة الاجتماعية الطبية بصفة خاصة .

٢- أن يكون على علم ووعى بالمشكلات المصاحبة للمرض، والناجمة عنه .

٣- الإلمام التام بالاحتياجات البشرية فى حالة المرض، وأثناء العلاج، وفى فترة النقاهة .

٤- معلومات ومعارف طبية مبسطة، بالقدر الذى يلم به أنواع الأمراض ومسبباتها، وخصوصا تلك الأمراض المعدية ذات الصبغة الاجتماعية مثل الدرن (السل)، الجذام، الزهرى ، السيلان، القرحة الرخوة ،الجرانيولوما الإربية والليمفاوية السرية- وكذلك أمراض تلوث البيئة (القذارة) مثل التيفود، أ ، ب ، جـ ، الدوسنتاريا الباسيلية، والدوسنتارية الأميبية .. وأيضاً الأمراض المتوطنة مثل الرمد الحبيبى والرمد الصديدى ، الملاريا، البلهارسيا ، الإنكلستوما، الإسكارس .. وكذلك يلم بخصائص الأمراض السيكوسوماتية، كما يلم ببعض المصطلحات الطبية الشائعة فى الميدان الطبى .

٥- دراسة علم النفس العام، وعلم النفس الاجتماعى، والطب النفسى، وعلم الاجتماع، حيث أنها تساعد فى فهم شخصيات المرضى، ودوافع سلوكهم وتفسر الأعراض النفسية للمريض فى مراحل المرض المختلفة، والتى يجب أن تعامل بأساليب وطرق مهنية تعمل على التقليل من آثارها السيئة على سير العلاج الطبى .

٦- ثقافة واسعة بالمسائل التأهيلية، من حيث احتياجات المعوقين

وبرامج رعايتهم، والمشكلات الناتجة عن الإعاقة وخطوات التأهيل المهنى وأجهزة تأهيل المعوقين والتشريعات الخاصة بهم. وذلك لإعطاء المعوق أكبر فرصة للعلاج من جانب، وإعادته إلى أفضل أداء اجتماعى ممكن فى أقل وقت ممكن من جانب آخر .

٧- إلمام واسع بالمسائل القانونية، كقوانين التأهيل المهنى والتأمينات الاجتماعية. ومعاشات العجز والإصابة، وقوانين الضمان الاجتماعى والمرأة العاملة، وغيرها من القوانين التى تساعد فى توجيه وتنبيه المرضى للحصول على حقوقهم .

٨- معرفة واسعة بالمصادر البيئية المختلفة، والتى يمكن الاستعانة بها فى تكملة خدمات المؤسسة الطبية، كدور النقاهة، ومؤسسات التأهيل المهنى ووحدات الضمان الاجتماعى، ومكاتب العمل، لمساعدة المرضى أثناء المرض، وفى فترة النقاهة فى الاستفادة من إمكانيات وموارد المجتمع ،

ب - التدريب العملى :

ومن خلاله ، تتاح فرصة للمتعلم، أن يمارس ، ويطبق إطاره النظرى فى الواقع العملى الميدانى، وأن يتمرس على تطبيق كل ما تعلمه من قوانين ونظريات، ومفاهيم، ومبادىء، وأساليب ، وأدوات ، فيقل خطأ التنفيذ من جانب، وتقل رهبة ممارسة المهنة ويتم الاعتياد عليها من جانب ثانى ويساعد ذلك على ارتفاع الأداء للمتعلم، مع انخفاض نسبة احتمال وقوعه فى الخطأ، مما يضمن معه إعداد ممارس

جيد، يستطيع توصيل الخدمة إلى مستحقيها بأفضل أسلوب ممكن من جانب ثالث .

إن الممارسة الميدانية، والتدريب عليها، هى التى تصقل الاستعداد والإعداد النظرى، وبالطبع يتم هذا التدريب، تحت إشراف فنى ، على مستوى عالى من المتخصصين، مما يضمن للمتدربين أكبر وأقصى درجة ممكنة .

ثانياً : الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى الطبى :

وبعد أن ناقشنا أهمية، وكيفية الإعداد المهنى للإخصائى الاجتماعى الطبى، سوف نناقش الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى حيث يمكننا أن نميز هذه الأدوار من خلال ثلاثة وجوه ، هى [1] :

١ - أدوار موجهة للأفراد المرضى ، تستهدف مساعدتهم على الاستفادة من الخدمات الطبية إلى أقصى حد ممكن وذلك بإزالة العوائق التى تعترض استفادة المريض منها، سواء كانت هذه العوائق ترجع إلى عوامل ذاتية نابعة من المريض ذاته، أو عوامل خارجية فى أسرته، أو بيئته، فمن الثابت أن المريض يمكنه أن يستعيد صحته تماماً إذا تضمن علاجه الطبى إعتباراً موضوعياً للعوامل الاجتماعية والنفسية كما أنه على النقيض من ذلك فعدم الأخذ بهذه الاعتبارات بشكل جاد، يشكل عوائق لاحصر لها تعوق الشفاء التام، أو تكون سبباً فى أن يفقد

(١) عطيات عبد الحميد ناشد، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق ، ص ٩٠ -٩١.

العلاج فاعليته .

هذا وقد تكون الخدمات الاجتماعية الفردية ذاتها من وسائل العلاج، فى حالة الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية .

٢- أدوار موجهة لجماعات المرضى، بمعنى أنها تقوم على أساس العمل مع الجماعات، وتمثل هذه الأدوار تلك الجهود الاجتماعية التى يقدمها الإخصائى الطبى لجماعات المرضى، وأقاربهم، وأسرهم، سواء كانت لأغراض علاجية أو وقائية، كعمليات التوعية الجماعية فى شئون الصحة للمرضى، والناقهين أو أقاربهم، أو سواء كانت خدمات ترويحية لجماعات المرضى فى المؤسسات الطبية، أو لأغراض ثقافية، أو تعليمية، سواء كانت للمرضى، أو للعاملين، أو لجموع أفراد البيئة المحلية .

٣- أدوار موجهة لمجتمع المؤسسة الطبية ذاتها، أو للمجتمع المحلى المتواجد فيه المؤسسة الطبية، وهى تعد خدمات تنظيمية تنسيقية تستخدم أسلوب تنظيم المجتمع فى المجال الصحى، وتتضمن هذه الخدمات، المؤتمرات ، والاتحادات، والنقابات والجمعيات التى تعمل فى محيط الصحة العامة، وما يمكن أن يقوم به الإخصائى الاجتماعى الطبى من خدمات أو جهود تنظيمية وتنسيقية، لتحقيق التوازن بين خدمات هذه المؤسسات، وبين الخدمات الحقيقية لأفراد مجتمع المؤسسة الطبية، أو المجتمع المحلى. ويرتبط بهذا النوع من الخدمات، التعاون بين المؤسسات الطبية، وعمليات التحويل المختلفة بين بعض هذه المؤسسات الطبية المتخصصة، والعلاقات العامة التى توطد التعاون والتنسيق بين الخدمات

المختلفة، وتدعيم الأسس التعاونية لخدمة المرضى إلى أقصى حد ممكن .

ولأهمية الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى الطبى بوجوهها الثلاث سوف نناقش كل وجه من هذه الأدوار الووظيفية كل على حده:

١- دور الإخصائى الاجتماعى الطبى مع الأفراد المرضى:

يتعاون الإخصائى الاجتماعى فى المؤسسة الطبية مع الأطباء، وهيئة التمريض، والإدارة بكافة مستوياتها، ويساهم فى الكشف عن الجوانب الاجتماعية والنفسية فى حياة المريض، ويسعى الإخصائى الاجتماعى إلى دراسة المريض من حيث نوع استجابته للمرض، والدوافع المختلفة التى تتحكم فى سلوكه، وقد يكون ذلك بناء على طلب الطبيب المعالج، أو نتيجة النظام العام السائد فى المؤسسة الطبية، الذى يقضى بدراسة الحالة الاجتماعية والنفسية لكل المرضى، أو لبعض الفئات من لمرضى .

ولما كان المريض عادة – لايطلب مساعدة الإخصائى الاجتماعى من تلقاء نفسه، لعجزه عن تفسير أثر العوامل الاجتماعية والنفسية فى نفسه، فيعتبر حتماً على الإخصائى الاجتماعى، أن يقوم بتفسير دوره، واهميته بالنسبة لعلاج المريض.

وفى المقابلة الأولى يحاول الإخصائى الإجتماعى الطبى التعرف على مقدرة العميل على تناول مشكلاته بنفسه، ودرجة احتياجه إلى خدمات الإخصائى الاجتماعى، كما يتعرف على المخاوف التى تساور

المريض، واكتشاف مصادر القلق الذى ينتابه. ومن أول واجبات الإخصائى الاجتماعى الطبى مساعدة المريض على التخلص من مظاهر القلق والاضطراب ، الذى يبدد طاقة المريض، ويؤدى إلى تأخير الشفاء.

ومن الأعمال الأساسية التى يقوم بها الإخصائى الاجتماعى الطبى تبصير المريض بمشاكله، وشرح التوصيات التى رأى الطبيب المعالج ضرورة تنفيذها، ومن الطبيعى أن يكون المريض شديد الرغبة للتعرف على تشخيص العلة التى يشكو منها، وخطة العلاج التى سوف تتبع معه، خاصة فى حالات إجراء العمليات الجراحية، وهو لايوافق - عادة - على هذه الإجراءات ما لم يشعر بالأمان، والطمأنينة، والثقة فى العلاج. وغالباً ما يقوم الإخصائى الاجتماعى الطبى، بنقل وجهة نظر المريض وتفسير استجاباته للطبيب .

ولاتقف جهود الإخصائى الاجتماعى الطبى عند المريض وحده، بل تمتد جهوده لمساعدة أسرته، حتى تستطيع التغلب على عوامل الحرمان والخوف، والقلق ، والحيرة التى تقابلها، والتى نشأت عن المرض الذى أصاب أحد أعضائها بالإضافة إلى أن طول مدة المرض، وما يترتب عليه من نتائج كالعجز الكلى أو الجزئى، سوف يؤدى الى إضافة أعباء جديدة على كاهل الأسرة، مما يؤدى إلى عدم تكيفها وتفرض عليها ألواناً من الحرمان لأنواع النشاط، وإشباع بعض الاحتاجات التى تعّود أفراد الأسرة عليها. ومن الطبيعى أن التغيرات التى تنال الأسرة تحتاج إلى جهود الإخصائى الاجتماعى الطبى ، لمواجهة الموقف

الجديد، وتقدير الصعوبات التى تعترض حياة الأسرة بصورة واقعية .

وقد يحتاج المريض بعد خروجه من المؤسسة الطبية إلى قضاء فترة نقاهة تجرى فيها حياته ورعايته على نظام معين ويستطيع الإخصائى الاجتماعى الطبى ، الاتفاق مع أفراد أسرة المريض، على نوع المعاملة التى تتطلبها حالة المريض واحتياجاته النفسية فى تلك الفترة، وقد تستدعى حالة المريض تغيير نوع العمل، أو تغيير الظروف التى يعمل بها قبل المرض (١) .

وفى الحقيقة ، أن دور الإخصائى الاجتماعى الطبى فى تفصيلاته يختلف باختلاف طبيعة المرض، وغالباً ما يكون هاما فى الأمراض المزمنة الطويلة، والناتجة عن عوامل اجتماعية ونفسية، ويقل تدخله فى الأمراض البسيطة الطارئة، التى تنتهى بدون تأثير على شخصية المريض أو المحيطين به .

ولأدوار الإخصائى الاجتماعى الطبى مع الأفراد أهدافها قريبة المدى وبعيدة المدى، وتتمثل الأهداف قريبة المدى فى محاولة تخفيف الضغوط الداخلية، والتوترات الخارجية للمريض. أما الأهداف بعيدة المدى فتتمثل فى تمكين المريض من توظيف قدراته من أجل استخدام الرعاية الطبية المقدمة إليه والاستفادة منها بأكبر قدر ممكن، ليستعيد صحته، ومن ثم يعاود ممارسة أدواره الاجتماعية التى كان يؤديها قبل مرضه وهذا يؤكد أنه إذا كانت كل جهود الطبيب المعالج تركز على

---

(١) محمود حسن، **مقدمة الرعاية الاجتماعية** ، مرجع سابق ، ص٦٦٩ - ٦٧١ .

المرض، فإن كل تفصيلات دور الإخصائى الاجتماعى الطبى تركز على المريض [1] .

ولدى الإخصائى الاجتماعى الطبى فرصة ثمينة لمشاهدة آثار المرض على الشخصيات المختلفة من المرضى، فالمرض بما فيه من مشاكل حقيقية وخيالية، يخلق فى نفسية المريض صراعاً بشكل أو بآخر، يعبر عنه بأنواع مختلفة من السلوك .

ويجب على الإخصائى الاجتماعى الطبى، أن يميز بين نوعين من سلوك المرضى، وهما : السلوك الدائم والسلوك المؤقت، فالسلوك الدائم يكون نتاج مجموعة الخبرات والتجارب الماضية، والتى تفاعلت، وتكونت منها شخصية المريض، وقد تأخذ صورة الصمت، أو التشاؤم ، أو فقدان الثقة أو التردد وعدم الاستطاعة فى اتخاذ القرار، أو مخاوف ، كما قد تأخذ صورة تذلل، أو حساسية زائدة، أو استغلال واضح، أو جرأة زائدة وما إلى ذلك تبعاً للتجارب والخبرات التى مر بها الفرد .

أما السلوك المؤقت ، فهو من نتاج خبرات الموقف المفاجىء ويظهر فى بعض المراحل المرضية الحرجة، ولايكون سمة من سمات شخصية المريض العامة. وقد يأخذ السلوك المؤقت للمرضى أشكال معينة، منها الاعتماد على الغير، شدة الحساسية وسرعة الاستثارة، النكوص إلى بعض ألوان السلوك الخاصة بمرحلة الطفولة، كالتبول اللاإرادى،

---

(١) أنظر : إقبال محمد بشير وآخرون ، **الرعاية الاجتماعية فى المجال الطبى والأهلى** ، مرجع سابق، ص ١٢٥ ، ١٢٦ .

والبكاء ، والتشبث بأشياء غير ذات قيمة، وما إلى ذلك من ألوان التصرفات غير المألوفة في حياتهم [1] .

وعموماً، فإن عرضنا لدور الإخصائي الاجتماعي الطبي مع الحالات الفردية ، في المؤسسات الطبية، سيتضمن ما اتفق عليه علماء الخدمة الاجتماعية، والعاملين في الميدان الطبي نتيجة الخبرات المتراكمة والتجارب التي مروا بها .

فالأدوار الوظيفية للإخصائي الاجتماعي الطبي، وصفت بواسطة لجنة المنظمة الطبية الأمريكية، بالتعاون مع قسم الخدمة الاجتماعية لجمعية الإخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين على النحو التالي [2] :

١- مساعدة الفريق الطبي في فهم مغزى العوامل الاجتماعية والاقتصادية والانفعالية، وعلاقتها بالمرض الذي يعاني منه المريض، والعلاج المتبع لذلك .

٢- مساعدة المريض وأسرته في فهم هذه العوامل، وتمكنهم من تحقيق الاستخدام البناء للرعاية الطبية .

٣- تدعيم الوجود الإنساني والأخلاقي للمريض وأسرته .

٤- المساهمة في البرامج التعليمية للأعضاء الآخرين من

---

(١) إقبال محمد بشير ، إقبال إبراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ١٩٥ ، ١٩٦ .

(٢) إقبال محمد بشير وآخرون، الرعاية الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي، مرجع سابق، ص ١٢٧ ، ١٢٨.

الفريق الطبى .

٥- مساعدة المؤسسة الطبية فى إعطاء المريض أفضل رعاية خلال الخدمات المختلفة .

٦- تسهيل الاستخدام الفعال لموارد المجتمع، لمواجهة احتياجات المرضى وأسرهم .

ويمكن عرض الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى الطبى مع الأفراد من خلال ثلاث مراحل :

أولهما : مرحلة العيادة الخارجية .

ثانيها : مرحلة إقامة المريض بالمؤسسة العلاجية .

ثالثها : مرحلة التتبع .

وسوف نناقش كل مرحلة من المراحل السابقة، لأهميتها من جانب ولإبراز دور الإخصائى الاجتماعى الطبى فى كل مرحلة من هذه المراحل من جانب آخر .

١- مرحلة العيادة الخارجية :

ويقصد بها الفترة التى يتوجه فيها المريض إلى العيادة الخارجية بالمؤسسة الطبية للكشف عليه، وتشخيص حالته، وتقدير خطورة مرضه ومدى أحقيته فى الالتحاق بالمؤسسة الطبية والإقامة بها للعلاج وبمعنى أخر يقصد بها فترة « قبل دخول المريض للمؤسسة الطبية ».

فإذا تم الكشف على المريض، وثبت أحقيته فى دخول المؤسسة الطبية للإقامة والعلاج، يمكن للإخصائى الاجتماعى الطبى، أن يجرى مقابلة سريعة « مقابلة استقبال » وذلك لمساعدة المريض، فى وقت هو فى أشد الحاجة إلى من يمد له يد العون والمساعدة، ويوضح له بعض الأمور التى تتعلق بسياسة المؤسسة الطبية، ونظامها، وخدماتها، وكيفية الاستفادة منها .. الخ .

وتتمثل أهم الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى الطبى مع الأفراد فى هذه المرحلة، مايلى :

١- تحويل الحالات المرضية التى لاتنطبق عليها شروط المؤسسة الطبية إلى مؤسسات طبية أخرى لها أقسام متخصصة فى علاج مرضهم، وأيضاً تحويل المرضى بأمراض مستعصية، ومزمنة، كمرضى الدرن، والجزام إلى المصحات، والمستعمرات المخصصة لعلاجهم، وإقناعهم بتقبل ذلك التحويل حرصاً على صحتهم من جانب، وصحة أسرهم من جانب ثانى، وصحة مجتمعهم من جانب ثالث .

٢- إذا أثبت الكشف والتشخيص الطبى، أن حالة المريض تستوجب دخول المؤسسة الطبية للإقامة والعلاج، فقد يتردد المريض فى قبول ذلك خوفاً من أن تطول إقامته فتختل حياة أسرته، أو يفقد عمله أو يقل دخله، وقد يتردد المريض ليأسه من العلاج، إعتقاداً خاطئاً منه أن مرضه وراثياً وليس له علاج ، أو إيماناً منه بأن علاج مرضه فى إحدى الوصفات البلدية والتى ليس لها أى أساس علمى، أو تكون المؤسسة

الطبية مرتبطة لديه بخبرات سابقة مؤلمة .

وعلى الإخصائى الاجتماعى الطبى، أن يساعد المريض وأسرته على تقبل توجيه الطبيب، وعمل الترتيبات الخاصة بدخول المؤسسة الطبية، والتدخل للمساعدة فى إزالة الآثار المترتبة على دخول المريض المؤسسة الطبية، ومساعدة الأسرة على مواجهة الموقف وتوضيح الآثار السلبية المترتبة على إهمال المريض للعلاج، ورفضه دخول المؤسسة الطبية، وإزالة المخاوف التى ترتبط بها .

٣- استقبال المرضى الجدد الذين تقرر دخولهم المؤسسة الطبية وعقد مقابلات جماعية أو فردية لهم لتوضيح الإجراءات الإدارية اللازمة لقيدهم ضمن قوة المؤسسة الطبية، كما يوضح لهم الخدمات والإمكانيات المتاحة حتى يمكن أن يستفيد منها المرضى بأقصى حد ممكن .

٤- الاتصال بعمل المريض، أو مدرسته ، أو أسرته، لإخبارها بحجز المريض بالمؤسسة الطبية، حتى لاتتخذ جهة العمل أو الدراسة إجراءات تضر بالمريض، وحتى لاتتحير الأسرة من أمر غياب أو انقطاع أحد أفرادها فى الرجوع إليها .

٥- توضيح الخطوات اللازمة للحصول على خدمات معينة وخاصة للمرضى من أماكن بعيدة عن المؤسسة الطبية مثل كيفية صرف العقاقير الطبية ومواعيد الفحوص والكشوف والتحاليل، وأيضاً كيفية الحصول على خدمات مؤسسات أخرى، وإعداد التقارير

والملخصات التى تساعدهم على ذلك .

٦- العيادة الخارجية، فرصة للإخصائى الاجتماعى، ليبرز دوره فى التوعية والتثقيف الصحى للمرضى وأسرهم، وخاصة فى الحالات التى تستدعى ذلك، مثل الحالات المرضية الناتجة عن عادات صحية ضارة فيتدخل الإخصائى الاجتماعى الطبى ليوضح للمريض مدى الخطورة الناجمة من الاستمرار فيها .

٢- مرحلة إقامة المريض بالمؤسسة العلاجية :

ويُقصد بها الفترة التى يتواجد أو يُقيم خلالها المريض داخل المؤسسة الطبية للعلاج، تحت ملاحظة ورعاية وإشراف الفريق الطبى .

وعلاج المريض أثناء إقامته بالمؤسسة الطبية يأخذ أحد شكلين، إما يتم علاجه عن طريق الرعاية الصحية والعقاقير الطبية، وإما يتم علاجه عن طريق إجراء العمليات الجراحية، وللإخصائى الاجتماعى أدواره الوظيفية قبل كل منهما .

أ- في حالة العلاج بالعقاقير الطبية :

١- تقديم تقرير مفصل عن النواحى الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والأسرية والثقافية، والتى قد تفيد الطبيب المعالج فى التشخيص الطبى، وفى وضع خطة العلاج المناسبة .

٢- إزالة أو تخفيف حدة ما يعانيه المريض من القلق أو الخوف الناتج من جو المؤسسة الطبية الجديد الذى لم يتعود عليه من قبل، حيث

تدور فى ذهن المريض أفكار عن المعاملة التى سيلقاها من العاملين فى المؤسسة الطبية، بالإضافة إلى تركه لأسرته، وعزلته، ووحدته التى سيكون عليها فضلاً عن النتيجة المجهولة للعلاج .

٣- المساهمة فى استقرار المريض داخل المؤسسة الطبية، وذلك بالعمل على حل المشاكل التى تشغل تفكيره، مثل العجز المادى الذى يواجه أسرته، وعلى ذلك ، يقوم الإخصائى بمساعدة المريض وأسرته للاستفادة من موارد المؤسسة الطبية ، أو البيئة، ممثلة فى المؤسسات الاجتماعية المختلفة، وذلك لسد العجز المادى الذى تواجهه أسرة المريض، نتيجة وجود عائلها بالمؤسسة الطبية .

٤- مساعدة الممرضات على فهم أهمية العوامل النفسية والاجتماعية فى المرض وكيفية التعامل مع ألوان السلوك الدائم والمؤقت والتى يبديها المريض وإذا كان للمريض موقف شاذ يحتاج لمعاملة من لون خاص، فعلى الإخصائى الاجتماعى الطبى ، شرح الموقف للممرضات المتعاملات معه ومساعدتهن على تقبله، والاتفاق معهن على خطة المعاملة .

٥- إعداد المرضى لإجراء الاختبارات والفحوص الطبية اللازمة للعلاج وخاصة تلك التى تثير الخوف والضيق والآلام، والتمهيد لها، وتوضيح الغرض منها، وأهميتها للعلاج .

٦- فى بعض حالات المرض، كالأمراض السيكوسوماتية، والتى تكون العوامل الاجتماعية، والنفسية لها اليد الطولى فى حدوثها مثل

أمراض القلب ، وضغط الدم، والقرحة المعدية، والسكر.. الخ يكون للاضطرابات الانفعالية تأثير سيء على المريض، وعلى الإخصائى الاجتماعى أن يعمل على إبعاد العوامل المثيرة عن المريض وخاصة خلال فترة العلاج.

٧- قد يأخذ الطبيب بعض القرارات التى تثير مشاعر المريض كمنع الزيارة أو وضع الحدود على حركته، مما يكون له رد فعل سيء على نفسية المريض، وهنا يتدخل الاخصائى الاجتماعى الطبى لتوضيح المغزى من هذه التعليمات والقرارات من حيث أنها لصالحه، كما يوضح له خطورة مخالفتها، أى أن دوره يتلخص فى إقناع المريض بتقبل وتنفيذ تعليمات الطبيب .

٨- للإخصائى الاجتماعى الطبى دوره فى حالة رفض المريض استمرار العلاج وطلبه مغادرة المؤسسة الطبية قبل إتمام العلاج، وهنا يبحث الإخصائى عن دوافع هذا السلوك، ويناقشها مع المريض ويمكنه إشراك أسرة المريض فى هذا الموقف لإقناع المريض بمواصلة العلاج وتبصيره بالمضاعفات التى قد تحدث بسبب خروجه المبكر .

٩- إن ضيق وقت الأطباء، وكثافة ضغط العمل، لاتمكنهم من توضيح المرض وأعراضه وأسبابه للمريض، مما يجعله فى حاجة ماسة إلى من يوضح له أمور مرضه، وهنا يبدو أهمية دور الإخصائى الاجتماعى الطبى فى مساعدة المريض والتى قد تمتد إلى الأسرة، لشرح وتوضيح المرض وأعراضه، وأسبابه ، وكيفية الوقاية منه، والأساليب التى

تُتبع لعلاجه.

١٠- يكون الإخصائى بمثابة الصديق للمريض داخل المؤسسة الطبية، يسعى لمساعدته، والاستفسار عن صحته ومتابعة علاجه، وتقدم حالته ويكون شخص يحظى بحب المريض، وفى نفس الوقت لديه المقدرة على التأثير والإقناع .

١١- الاتصال بأسرة المريض بعد موافقته، للاستفسار عن أسباب عدم مداومتها على زيارته، والتدخل لاستمرار الاتصال بين المريض وأسرته حتى يطمئن المريض من جانب، ويمكث فى المؤسسة الطبية دون قلق حتى يتم علاجه من جانب آخر.

١٢- وكما قد يتهيب المريض عند دخوله المؤسسة الطبية، قد يحدث ذلك التهيب فى حالة خروجه منها، وقد يطالب بعض المرضى بالبقاء مدة طويلة فى المؤسسة الطبية. وعلى الإخصائى الاجتماعى الطبى، أن يوضح للمريض أن علاجه قد تم، ويمكنه استئناف حياته العادية ويعمل على إقناعه حتى يقبل خروجه من المؤسسة الطبية ومواجهة مسئوليات حياته .

ب - فى حالة العلاج بالعمليات الجراحية :

بالإضافة إلى أدوار الإخصائى الاجتماعى الطبى سابقة الذكر، والتى يتبعها فى حالة العقاقير الطبية، يمكن أن نضيف إليها فى حالة ما إذا تطلب علاج المريض إجراء عملية جراحية ما يلى :

١- كثيراً ما يقاوم بعض المرضى العمليات الجراحية، وعلى الإخصائى الاجتماعى الطبى أن يتدخل فى مثل هذه المواقف، ليتعرف على العوامل والدوافع التى تكمن خلف مقاومة المريض للجراحة، ويتعامل معها لصالح المريض. أى أنه يعمل على إزالة أو تخفيف المخاوف المصاحبة لإجراء الجراحة، وتهيئة المريض نفسياً لها.

٢- فى الحالات التى يكون فيها إجراء الجراحة أمراً حتمياً لإنقاذ حياة المريض، وبالتالى تكون ردود أفعال المريض أمراً ثانوياً بالنسبة لخطورة الموقف، يكون دور الإخصائى الاجتماعى الطبى فى مثل هذه الحالات بعد إجراء الجراحة، ليساعد المريض على تقبل نتائجها وآثارها إذا ترتب عليها عاهة، أو تشويه، أو عجز ، ليتقبل الأمر الواقع والمحتم قبوله، ويوضح له مدى المساعدة التى ستقدم له من أجهزة تعويضية، وتأهيل مهنى ، لاستغلال ماتبقى له من قدرات لمواجهة الحياة بعد خروجهم من المؤسسة الطبية .

٣- على الإخصائى الاجتماعى الطبى أن يعمل على تأجيل جراحات المرضى الذين ينتابهم القلق والخوف الشديد حتى يستردوا هدوئهم واستقرارهم وهذا بالطبع فى الحالات التى لايؤثر تأخير الجراحة فيها خطر على صحة المريض .

٤- قد يصعب فى بعض الأحيان على المريض تقدير الموقف بسبب تعطل قدراته العقلية، نتيجة لحالته الصحية، كوقوعه تحت تأثير إغماء أو فى حالات الأطفال. وهنا يجب على الإخصائى الاجتماعى

الطبى الاتصال بأقرب الناس إليه من أسرته، لتوضيح الموقف المرضى العاجل لهم، وإقناعهم بأهمية سرعة اتخاذ القرار الخاص بالجراحة العاجلة.

٥- إذا اتُخذ قرار جديد بشأن إجراء جراحة للمريض المقرر علاجه بالمؤسسة الطبية بالعقاقير الطبية، فعلى الإخصائى الاجتماعى الطبى، الاتصال بأسرة المريض لإخبارهم بالقرار الجديد، حتى يشعر المريض بوقوف الأسرة بجانبه، ومن ثم تزداد ثقته وطمأنينته .

جـ - مرحلة التتبع :

ويقصد بها فترة النقاهة، والتى يقضيها المريض فى بيئته الطبيعية بعد خروجه من المؤسسة الطبية، حيث يقوم الإخصائى الاجتماعى بتتبع حالة المريض للتأكد من تنفيذ تعليمات الطبيب فى هذه الفترة من جانب، ولمساعدة المريض على عدم انتكاس مرضه مرة أخرى من جانب آخر .

وتتمثل أهم الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى الطبى مع الأفراد فى هذه المرحلة، مايلى :

١ - المساهمة فى إعداد البيئة الطبيعية لاستقبال المريض بعد خروجه من المؤسسة الطبية، ويستدعى ذلك اتصال الإخصائى الاجتماعى الطبى بأسرة المريض ليطلعها على مسئوليتها قبل المريض فى تنفيذه خطة العلاج، التي قد تتطلب برنامجاً غذائياً خاصاً أو الالتزام بمواعيد محددة فى تناول العقاقير الطبية، أو الحد من حركة المريض خلال فترة زمنية معينة، أو حاجة المريض إلى معاملة خالية من المواقف

الانفعالية التى ينتج عنها استثارة عنيفة .

٢- إعداد التقارير والملخصات والأبحاث التى يحتاجها المريض، والتى ترسل إلى الجهات المختصة فى البيئة، ليستفيد منها المريض ببعض الخدمات الخاصة، ومن أمثلة هذه الجهات: مؤسسات الإعانات الاقتصادية كوحدات الضمان، أو مؤسسات التأهيل المهنى ، أو غيرها وذلك لمساعدة المريض فى استعادة نشاطه، لمزاولة أدواره، بعد فترة الركود التى قضاها فى المؤسسة الطبية .

٣- الاتصال بالبيئات التى يرتبط بها المريض، كموقع العمل، أو المدرسة إذا ما استدعى الأمر ذلك للتأكد من تناسب العمل الذى يُكلف به مع حالته الصحية، وخاصة إذا نتج عن المرض أو العلاج آثار لاتتناسب طبيعة العمل الذى كان يؤديه قبل المرض [١] .

٢- دور الأخصائى الاجتماعى الطبى مع جماعات المرضى :

إن الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى الطبى مع جماعات المرضى، تنطوى على استخدام واع للعلاقة بين العضو وإخصائى الجماعة، وبين الأعضاء بعضهم ببعض ونشاط الجماعة .

والإخصائى الاجتماعى يستخدم العلاقات بين الأعضاء، وفى نفس الوقت يستخدم العلاقة مع الجماعة ككل. فهو يعمل مع الجماعة والأعضاء كممكن لكليهما، فيساعد الأعضاء، ويساعد

---

(١) أنظر : إقبال محمد بشير ، إقبال إبراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ١٨٥ - ١٩٢ .

الجماعة، على استخدام قدراتهم وإمكانياتهم. ويستخدم نفسه بطرق متعددة، وفقاً لتقريره لحاجات، وميول ، وقدرات الأعضاء من ناحية، ولتحقيق أغراض الجماعة ككل من ناحية أخرى [1] .

وتستند فلسفة طريقة العمل مع الجماعات، على مجموعة حقائق، تنير الطريق أمام الإخصائى الاجتماعى الطبى أثناء تأديته لأدواره الوظيفية مع جماعات المرضى فى المؤسسات الطبية، هذه الحقائق هى :

١ - أن الإنسان كائن اجتماعى بطبيعته، يكتسب سلوكه وخصائصه الإنسانية من تفاعله مع الجماعات التى يعيش فيها، وينتمى إليها.

٢ - أن السلوك الاجتماعى سلوك مكتسب ، ومن ثم يمكن تغييره أو تعديله .

٣ - أن الإنسان يؤثر ويتأثر بالجماعات التى يعيش فيها، وأن الجماعة وسيلة للتأثير فى سلوك الفرد .

وترجع أهمية استخدام الجماعة فى المجال الطبى إلى [2] :

١ - تخفيف حدة التوتر والقلق النفسى ورفع الروح المعنوية للمريض عن طريق تفاعل الجماعة أثناء تأديتها للأنشطة والبرامج

---

(1) Gisela Konopka, **Social Group work**, A Helping process. N.Y., 1972. p. 79.

(١) أنظر : المرجع السابق، ص ٢٠٥ - ٢٠٨ .

المختلفة، خاصة بالنسبة للمرضى المقيمين بالمؤسسات الطبية فترات طويلة نسبياً .

٢- التثقيف الصحي بتعليم الأفراد من جانب، وتصحيح معلوماتهم عن المشكلات الصحية من جانب آخر، وذلك من خلال الحوار والمناقشة الجماعية، سواء بالنسبة لنزلاء المؤسسة الطبية، أو ذويهم أثناء فترات الزيارة .

٣- حل المشكلات ذات الصبغة الجماعية للأفراد ذوى الصلة بالمرضى، أثناء تجمعهم فى غرف الانتظار، أو عنابر المرضى أثناء الزيارة، وذلك بالحوار الهادىء ، وتوجيه المناقشة بأسلوب واعى، ليتحرر الأفراد من مشاعرهم السلبية من جانب ، والوصول إلى حلول لمشاكلهم قدر الإمكان من جانب آخر .

٤- يستغل الإخصائى الاجتماعى الطبى اللقاءات الجماعية لملاحظة أثر المرض على سلوك المرضى ، وردود أفعالهم قِبل الغير، وعما إذا كانت ردود أفعال المريض مناسبة للمواقف المختلفة. ومن ثم يستطيع الإخصائى الاجتماعى الطبى، أن يفسر معنى المرض بالنسبة للمرضى بأمراض معينة، ومدى تأثير المرض على شعورهم نحو أنفسهم وتصرفاتهم مع الآخرين، ثم اتخاذ الخطوات التى تساعد المرضى على تقبل مرضهم من جانب، وتوافقهم مع الآخرين من جانب آخر .

٥- تُعتبر الأنشطة والبرامج الترويحية المقدمة لجماعات المرضى منفذاً للراحة النفسية لهم، وتعاونهم على تحسين علاقاتهم الاجتماعية مع من يتعاملون معهم من أفراد أسرتهم أو زملائهم من المرضى، أو

أعضاء الخدمة الطبية فى المؤسسة الطبية. فالبرامج لاتعتبر وسيلة ترويحية فحسب بل تعتبر أداه علاجية هامة، عن طريق التفاعل الذى يحدث بين الأفراد داخل الجماعات .

ويقوم النشاط الترويحى لجماعات المرضى بدور هام فى تنظيم أوقات فراغهم، مما يزيل سأم المرضى، ويخفف آلامهم، ويرفع روحهم المعنوية، ويساعدهم على استعادة ثقتهم فى أنفسهم وأملهم فى الشفاء التام. كما يعتبر عملاً له أثره العلاجي وخاصة فيما يتصل بالتأثير النفسى للمرض على المريض .

ولقد أظهرت التجارب، أن المرضى الذين يشتركون فى النشاط الترويحى، الذى ينظمه الإخصائى الاجتماعى الطبى لهم، هم أقل المرضى شكوى من خدمات المؤسسة الطبية، ذلك لأن النشاط الترويحى يصرفهم عن استغلال فراغهم فى التذمر من حياة المؤسسة الطبية، كما أن المرضى الذين يستثمرون فراغهم فى النشاط الترويجى هم أكثر المرضى استقراراً وتقبلاً للعلاج الطبى ، والتزاماً بتعليمات الأطباء .

وهناك بعض الاعتبارات التى ينبغى أن يراعيها الإخصائى الطبى عند ممارسته لأدواره الوظيفية أثناء عمله مع جماعات المرضى، هذه الاعتبارات هى [1] :

١- يجب أن يكون الإخصائى الاجتماعى الطبى على دراية تامة

(١) أنظر : إقبال محمد بشير وآخرون ، الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى ، مرجع سابق، ص ١٥١ - ١٥٢ .

برسالة المؤسسة الطبية التى يعمل بها، سواء كانت مستشفى أو مصلحة، أو مركز لرعاية الأمومة والطفولة أو دور للنقاهة .. الخ، حتى يمكن أن يعاون فى وضع محتويات برنامج، يلائم نزلاء هذه المؤسسات أو المترددين عليها من جانب، ويتفق مع سياسة المؤسسة من جانب آخر .

٢- أن يعرف الإخصائى الاجتماعى الطبى، أنه على الرغم من .ية أدواره الوظيفية للجماعة ككل، إلا أن كل فرد من أعضاء هذه الجماعة له فرديته، ومتاعبه، وظروفه المرضية الخاصة به، لذلك يجب عليه أن يعرف الصفات المميزة لكل فرد من أفراد جماعاته، ومدى إمكانياتهم وقدراتهم، بحيث يكون تعامله مع كل فرد، على أساس صفاته وإمكانياته الفردية المميزة له، والتى تختلف بشكل أو بآخر عن أى فرد آخر من نفس جماعته .

٣- أن يضع فى اعتباره أن برنامج الجماعة وسيلة للتعليم والتثقيف والترفيه والعلاج، وليس هدفاً فى حد ذاته، لذلك يجب أن تكون برامج وأنشطة الجماعة تتناسب مع حدود قدرات وإمكانيات أعضاء جماعته الصحية بحيث لاتعرضهم للخطر. فهناك بعض الأمراض مثل : أمراض القلب مثلا - لايجوز أن يتعرض المريض بها للاشتراك فى ألوان من النشاط لاتتناسب وظروفهم الصحية، لذا يجب على الإخصائى الاجتماعى الطبى، التفكير فى ابتكار أنواع من النشاط الملائم لهم .

ولايعنى ذلك منعهم من الاشتراك فى أى نشاط، لكن على

الإخصائى أن يوضح لأعضاء جماعته بالطريقة المناسبة العوامل التى تحول بينهم وبين القيام بأنواع معينة من النشاط الحركى العنيف أو الانفعالات الوجدانية الشديدة، بحيث لايؤثر هذا الإيضاح تأثيراً عكسياً، يشعرهم بالنقص وعدم القدرة.

٤ - ألا يُقصر الإخصائى الاجتماعى عمله مع جماعات المرضى فحسب، بل يمتد أدواره الوظيفية إلى جماعات أسرهم، حينما يقتضى الأمر ذلك، متخيراً الوقت المناسب. فحينما تتاح الفرصة لإشراكهم فى الاجتماعات، وغيرها من أوجه النشاط الملائمة، فأنما تتاح لهم منافذ صحية نفسية، هم فى أمس الحاجة إليها، لتساعدهم على التغلب على ما يواجهونه من مشاعر الأسى والحسرة على المريض من جانب وتطمئنهم على حالته الصحية والنفسية من جانب ثانى، وتزيد ثقتهم فى المؤسسة الطبية من جانب ثالث ، ويتم لهم من خلال هذه الجماعات - معرفة أسلوب رعاية المريض غند خروجه، وكيفية الاهتمام به والعمل على راحته .

وكما تمتد جهود الإخصائى للعمل مع جماعات أسر المرضى فهى أيضاً تمتد لجماعات المؤسسة الطبية، الذين يبذلون جهود كبيرة فى أعمالهم المضنية الرتيبة لصالح المريض، وذلك عن طريق إشراكهم فى جماعات النشاط الترويحى ، والاشتراك فى أنشطة مشتركة، مما يدعم علاقاتهم ببعضهم البعض من جانب، ويبعث الرضى فى نفوسهم من جانب ثانى، ويقطع عليهم ملل روتين عملهم من جانب ثالث .

وهناك العديد من البرامج والأنشطة والتى يُمكن أن يمارس الإخصائى الاجتماعى الطبى فيها أدواره الوظيفية لمساعدة جماعات المرضى على ممارستها فى المؤسسة الطبية ومن أمثلتها [1] :

١- البرامج الرياضية :

. وتمثل أحد ألوان البرامج والأنشطة والتى يُمكن أن تمارسها جماعات المرضى، وبخاصة البرامج والأنشطة الرياضية المناسبة لحالة المريض الصحية، بل أن النشاط الرياضى قد يفرضه العلاج الطبى لتأهيل كثير من حالات المرض ولذا، وجب على الإخصائى الاجتماعى الطبى العمل على إنشاء نادى بالمؤسسة الطبية،وتزويده بجهاز تليفزيون،وراديو ، وبعض الألعاب الداخلية .

٢- البرامج الترفيهية :

تُعتبر البرامج الترفيهية ركن هام وأساسى أثناء علاج المريض داخل المؤسسة الطبية، وذلك لإدخال الراحة والسرور إلى نفوسهم وخاصة فى الأمراض ذات الطابع العلاجى الطويل. وقد تتخذ البرامج الترفيهية صور البرامج الترويحية المختلفة من بعض الألعاب والقصص ، والتمثيل ، والحفلات، والموسيقى ، والغناء، والعروض السينمائية، كما يعمل الإخصائى الاجتماعى الطبى على تكوين جماعة هوايات من المرضى، بهدف الترفيه عن زملائهم من جانب، وإشباع رغبات أعضاء هذه

---

(١) أنظر : إقبال محمد بشير ، إقبال إبراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ٢٠٨ ، ٢٠٩ .

الجماعة وتوجيه نشاطها الزائد فى هذا اللون من النشاط من جانب آخر.

٣- البرامج الثقافية :

ويُمكن استثمارها لزيادة الثقافة العامة للمريض بوجه عام ولزيادة الثقافة الصحية وخاصة المتعلقة بمرضه بوجه خاص، ولذا يجب على الإخصائى الاجتماعى الطبى العمل على إنشاء مكتبة بالمؤسسة الطبية فى حالة عدم تواجدها، أو تدعيمها فى حالة وجودها بالكتب الثقافية، والروائية، والمجلات الدورية ، والجرائد اليومية، كما يُشجع المرضى على إصدار مجلات حائط، يُعبرون من خلالها عن مشاعرهم واتجاهاتهم وميولهم .

كما يقوم الإخصائى الاجتماعى الطبى بتنظيم المحاضرات والندوات الدينية، والصحية، والاجتماعية، والسياسية، والقومية ، وذلك حتى يزيد من الثقافة العامة والخاصة لجماعات المرضى .

هذا ، ويستثمر الإخصائى الاجتماعى الطبى البرامج الثقافية فى المجال الوقائى، وذلك عن طريق تنظيم زيارات الجماعات – بعد إعدادها – للبيئات الشعبية المحيطة، للعمل على نشر الوعى الصحى العام ضد الأمراض المعدية، ومساعدتهم على تعديل عاداتهم وتقاليدهم والتى قد تحول بينهم وبين الانتفاع بالخدمات الطبية، لاعتقادهم الراسخ فى الوصفات البلدية أو عمل الأحجبة إلى غير ذلك من معتقدات خاطئة .

٤- البرامج الاجتماعية :

ويمكن استثمارها فى تحسين العلاقات بين المرضى وبعضهم البعض، وبين المرضى وأسرهم، وبين المرضى والعاملين بالمؤسسة الطبية، وبين العاملين بالمؤسسة الطبية وبعضهم البعض وتتمثل البرامج الاجتماعية فى إقامة الحفلات والندوات والتى من خلالها يتم التعارف، وتقوى روابط العلاقات.

وعلى أى حال، فإن البرامج سابقة الذكر، يمكن استغلالها لشغل وقت الفراغ، وقتل الوقت الممل الذى يجده المريض داخل المؤسسة الطبيةو بما يعود عليه بالنفع، بدلاً من قضاء هذا الوقت مفكراً فيما أصابه من مرض، وما يتولد عن هذا المرض من مشكلات مما يزيد من قلقه وضيقه من جانب، وعرقلة خطة العلاج الطبى من جانب آخر، فيسوء حاله .

هذا ، وينبغى على الإخصائى الاجتماعى الطبى المستخدم لأدواره الوظيفية مع جماعات المرضى، أن يضع فى اعتباره، وألا يغيب عن ذهنه، أن المؤسسة الطبية هدفها هو العلاج، وعليه عند مساعدته فى تصميم برامج الجماعة أن يراعى أن تكون هذه البرامج فى حدود تدعيم أغراض المؤسسة الطبية، فى الوقت الذى لابد وأن تكون أهداف الجماعة التى يعمل معها تتناسب مع أغراض العلاج مراعياً الوقت المناسب لممارسة الجماعة لانشطتها وبرامجها، بحيث لاتتعارض مع نشاط المؤسسة الطبية، فلا يكون مثلاً وقت مرور الأطباء فى العنابر لتتبع حالة

المرضى، هو نفس وقت ممارسة النشاط الاجتماعى .

كما يراعى الإخصائى الاجتماعى الطبى، إشراك العاملين بالمؤسسة الطبية، وخاصة الأطباء وهيئة التمريض، فى برامج الجماعات، فمثل هذه المشاركة من شأنها أن تخلق جو من المودة والألفة بين المرضى والقائمين على العلاج، كما أن من شأنها تبديد القلق والمخاوف التى تساور المرضى أثناء العلاج

تكوين الجماعة فى المؤسسات الطبية العامة :

يتطلب تكوين الجماعات فى المؤسسات الطبية العامة مهارة فائقة من الإخصائى الاجتماعى الطبى، ذلك ، لأن المرضى فى حالة دخول وخروج مستمر، هذا من جانب ، ومن جانب آخر أنهم يمثلون فئات مختلفة من حيث السن، والمهنة، والخلفية الاجتماعية، والثقافية، ونوع المرض، والقدرة الجسمانية، لذلك ، ينبغى على الإخصائى الاجتماعى الطبى ، أن يتحين الفرص، وأن يختار الأهداف الجذابة التى يقبل عليها المرضى .

ويمكن أن تتكون الجماعات تلقائياً بالمؤسسة الطبية خصوصاً فى عنابر المرضى، حيث الجو ملائم للتعارف والتسامر مما ييسر على الإخصائى الطبى التدخل لتنظيم لجماعة، وتعيين أغراض لها، فى حدود رسالة المؤسسة الطبية، كإصدار مجلات، أو عمل حفلات ، أو عقد ندوات ، وغالبًا ما تسمح مساحات المؤسسة الطبية من صالات وعنابر وحدائق بممارسة النشاط الاجتماعى .

والجماعات فى المؤسسات الطبية العامة ذات أهمية خاصة فى تحسين حالة المريض من جانب، وتعديل اتجاهات الجمهور نحو المؤسسات الطبية العامة من جانب آخر.

فمن خلال الجماعة، يحدث التدعيم للفرد الذى يعتريه القلق ومن خلال الجماعة، يتوحد المريض مع المرضى الآخرين فيشعر بالطمأنينة والأمن، كما تعمل الجماعات على مساعدة الأفراد على الإفصاح عن مشاعرهم السلبية، أو تصوراتهم الخاطئة المتصلة بالمرض والعلاج، فتكون فرصة مواتية للإخصائى الاجتماعى الطبى، لطمأنة المرضى، وتعديل اتجاهاتهم نحو الشفاء والعلاج .

أما عن تعديل اتجاهات الجمهور نحو المؤسسة الطبية العامة، فمن خلال الجماعات ذات التنظيم غير الرسمى، القائمة برغبة الأعضاء، ومن جو المودة بين المرضى والعاملين بالمؤسسة الطبية، تتغير اتجاهات الجمهور نحو المؤسسة الطبية العامة، وهذا مطلوب فى مساعدة المؤسسة الطبية العامة على أداء رسالتها .

أهمية خدمة الجماعة فى المؤسسات الطبية للأمراض المزمنة وطويلة العلاج :

كُلما طالت مدة العلاج والإقامة فى المؤسسة الطبية، كُلما زادات احتياجات المريض للرعاية الاجتماعية، فالقلق قد يزداد ، وعلاقات المريض الاجتماعية قد تتأثر، ومصالحه خارج المؤسسة الطبية قد تتعطل ومشكلاته التى تتعلق بمسئوليته قِبل رعاية أسرته والإنفاق عليها قد

تتفاقم. ومن ناحية أخرى، قد يعتريه الاكتئاب، واليأس من العلاج والشفاء ومن ثم تظهر مشكلات من نوع آخر داخل المؤسسة العلاجية، كسوء علاقته بالمحيطين به، وبالقائمين على علاجه، وقد يضرب عن تناول العقاقير الطبية، ويلح فى الخروج من المؤسسة الطبية قبل إتمام العلاج، وعلى ذلك ، يكون تدخل الإخصائى الاجتماعى بأدواره الوظيفية، بأسلوب خدمة الجماعة، مناسباً للتغلب على مثل هذه الصعاب، كما تكون فرص العمل مع جماعات المرضى أجدى وأفضل، حيث تساعد الجماعة على تكوين العلاقات والصداقات بين المرضى، وثمة علاقة تنشأ بين المرضى والعاملين بالمؤسسة الطبية. ويكون العمل مع جماعات المرضى منظماً لهذه العلاقات ، مساعداً على إقامتها، وتوطيدها (١) .

٣- دور الإخصائي الاجتماعى الطبى مع مجتمع المرضى فى المؤسسة الطبية :

إن الأهداف التى يسعى إلى تحقيقها المنظم الاجتماعى يمكن أن تكون أهدافاً تخطيطية لإحداث التغير كهدف، أو أهدافاً تنسيقية لدعم العلاقات والتعاون بين المجتمع وأجزائه ، أو أهدافاً تدعيمية لدعم المشروعات والخدمات، أو أهدافاً أخرى عامة تتناول علاج المشكلات التى تتعلق بالسلوك الاجتماعى للجماهير، والعادات الاجتماعية التى تعوق المجتمع وتنميته .

---

(١) أنظر : المرجع السابق ، ص ٢١٢ - ٢١٤ .

والواقع أن الدور الأساسى لإخصائى تنظيم المجتمع مهما اختلفت وجهات النظر ، هو استثارة سكان المجتمع للشعور بالحاجة إلى اتخاذ القرارات التى تُحددها أهدافهم والوسائل والأساليب المختلفة التى يمُكن استخدامها لتحقيق تلك الأهداف، وهنا يساهم بدوره فى إحداث الغيير.

وجدير بالذكر، أن الإخصائي الاجتماعى، لايمارس عملاً حراً ولكنه موظف بأحد أجهزة تنظيم المجتمع، الذى يدفع راتبه، ويمدد بالإمكانيات. ولذلك ، فعلى الإخصائى الاجتماعى أن يلتزم بفلسفة الجهاز ونظامه، وأساليب عمله، ويتحرك من خلاله،ويخضع لتوجيهاته ، ويحترم القيود التى يضعها فيما يتعلق بحرية الحركة [١] .

هذا ، وتُعد الوظيفة الأساسية لأى مجتمع، هى إشباع احتياجات أفراده عن طريق التنظيمات الاجتماعية الموجودة به وأنه من الملاحظ فى وقتنا الحاضر - وخاصة فى المجتمعات النامية - أن هناك ازدياد كبير فى الاحتياجات من ناحية، وقلة شديدة أو ندرة للموارد المتاحة من ناحية أخرى .

ومن هنا، تبرز أهمية دور طريقة تنظيم المجتمع كأداة فعالة لمساعدة المجتمعات على التعرف على ألوان القصور، والمتغيرات الموجودة فى تنظيماتها الاجتماعية، والتى تؤدى إلى ظهور المشكلات المجتمعية ومعاونتها على إحداث التغيير اللازم ، لسد هذه الثغرات،

---

(١) سيد أبو بكر حسانين ، طريقة الخدمة الاجتماعية فى تنظيم المجتمع ، الطبعة الأولى ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة، ١٩٧٤ ، ص ٤٧٢ ، ٤٧٣ .

وعلاج تلك المشكلات [1] .

ولايقتصر التغيير الذى تستهدفه طريقة تنظيم المجتمع على النواحى المادية فحسب، بل يمتد ليشمل النواحى الاجتماعية أيضاً كالتفاعلات والعلاقات الاجتماعية بين سكان المجتمع، وعاداتهم، وتقاليدهم، وقيمهم ومعاييرهم الأخلاقية [2] .

وعلى الرغم من أن طريقة تنظيم المجتمع تنظر إلى المجتمع كوحدة متكاملة، إلا أنها تركز على تعاملها مع العنصر البشرى الذى يعتبر أكثر الكائنات الحية تعقيداً، وتجهل عنه أكثر مما تعلم، وعلى الرغم من هذا القليل الذى تعرفه عنه إلا أنها تقوم بدورها الفعال بالنسبة له، من حيث إشباع احتياجاته، وحل مشكلاته وتحقيق أهدافه فى تحسين مستواه الاقتصادى والاجتماعى [3] .

وتختص ممارسة تنظيم المجتمع، بكيفية تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية لإشباع احتياجات، وحل مشكلات سكان المجتمع، ويستلزم ذلك أن يكون للمجتمع هدف واضح فى توفير الرعاية الاجتماعية لسكانه، ويتحدد هذا الهدف، فى ضوء السياسة الاجتماعية للمجتمع، تلك السياسة التى تنبثق عن السياسة العامة التى يضعها المجتمع فى ضوء

---

(١) أحمد كمال أحمد ، **تنظيم المجتمع**، مكتبة القاهرة، ١٩٧٠، عن : إقبال محمد بشير ، إقبال إبراهيم مخلوف ، **الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية** ، مرجع سابق ، ص ٢١٦ .

(٢) سيد أبو بكر حسانين ، **طريقة الخدمة الاجتماعية فى تنظيم المجتمع**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة ١٩٧٦، عن المرجع السابق ص ٢١٧ .

(٣) أنظر : المرجع السابق ، ص ٢١٨ .

أيدلوجيـتـه، ومـوارده والظروف المحـيطة به، وأن إجـراءات العـمل فى الممارسة تختلف بالضرورة بين مجتمع وآخر، بحسب حجم المجتمع وطبيعته ونوعية احتياجاته ومشكلاته [1] .

وإذا اعتبرنا أن المؤسسة الطبية، تنظيم يعمل على تقديم الرعاية الطبيـة للمرضى، أو أنها معـاهد تعليـمـيـة فى مـجـال الطب- مثل المستشفي الجامعي بالإسكندرية ومستشفى القصر العينى بالقاهرة - فإن ذلك لايبعـدها عن دورها الأسـاسى كـأداه لتـقـديم الرعاية الصـحيـة للمجتمع المحلى الذى تقع فيه، ويمتد نشاطه ليشمل كل مجالات الرعاية الطبية من وقاية وتشخيص وعلاج، وتأهيل، وتعليم طبى، وبحث علمى .. مستهدفاً فى ذلك صالح المريض الذى أنشئت المؤسسة الطبية لخدمته ورعايته صحياً واجتماعياً .

بهذا المفهوم ، يمكن الاتفاق على أن المؤسسة الطبية مركز إشعاع صحى للمجتمع الذى يتواجد فيه، وقادراً على أن يغير من صورة الصحة العامة لذلك المجتمع. ومن جانب آخر، نجد أن للمؤسسة الطبية حقوقًا تترتب له قبل المجتمع المحلى الذى يقع فيه، وأهمها حق المساعدة والتدعيم بالرأى والكلمة والعمل. ولايتأتى ذلك إلا إذا تفهم المجتمع دور المؤسسة الطبية، وتفهمت المؤسسة الطبية احتياجات المجتمع وسعت لتحقيقها. وبذلك، يحاط المجتمع علماً بحقيقة دور المؤسسة الطبية

---

(١) إقبال بشير ، سلوى عثمان الصديقى ، محاضرات فى الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية، مرجع سابق ، ص ١٤٨ .

ويتفهم أهدافها ومشاكلها، بل ويلتمس أهميتها، وخدماتها، ومن ثم يكون قادراً على تقدير المكانة والدور الذى تلعبه المؤسسة الطبية فى حياته فيتجه إلى دعمها وتأييدها .

بهذا المفهوم لدور المؤسسة الطبية، وتفاعله مع المجتمع المحلى الذى يقع فيه، يصبح من الضرورى أن يكون من بين أعضائه من هو قادر علمياً وعمنياً على النزول لهذا المجتمع والتعرف على أفراده، وقياداته، وعلى إمكانياته ومـوارده، كـمـا تكون لديه الوسـائل التى تمكنه من التعرف على المشاكل والاحتياجات الصحية لهذا المجتمع، وواضح أن الإخصائى الاجتماعى الطبى ، بحكم دراسته، وخبرته، وتدريبه، من أقدر الأفراد على القيام بهذا الدور، وعلى بناء علاقة سوية دائمة وإيجاد نوع من الثقة المتبادلة بين المؤسسة الطبية، وأفراد هذا المجتمع، فضلاً عن مهمته الرئيسية داخل مجتمع المؤسسة الطبية، فى محيط المرضى والمعوقين فى شتى مداخل علاجهم ورعايتهم [1] .

وتأسيساً على ماسبق ، يمكن القول .. أن المنظم الاجتماعى بالمؤسسة الطبية، له أدوار وظيفية داخل نطاق، أو فى حدود المؤسسة الطبية، وأدوار وظيفية أخرى تمتد لتشمل المجتمع الذى تتواجد فيه المؤسسة الطبية. وسوف نناقش هذه الأدوار كل على حده .

---

(١) إقبال محمد بشير وآخرون ، **الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى** ، مرجع سابق ، ص ١٥٣ - ١٥٥ .

أ- الأدوار الوظيفية للمنظم الاجتماعى الطبى داخل المؤسسة الطبية:

١- المساهمة فى وضع سياسة نسق الخدمة الاجتماعية الطبية وتحديد أهدافه، فى ضوء السياسة الاجتماعية للمؤسسة الطبية من جانب ، والسياسة الإجتماعية للمجتمع من جانب آخر .

٢- العمل على مساعدة مجلس الإدارة، أو اللجان التى يُسند إليه العمل معها لتأديتها مهمتها بنجاح، مع الاهتمام بمراكز القوة بين العاملين فى المؤسسة الطبية والتأثير عليها فى عملية اتخاذ قرارات تتعلق بنشاط مجتمع المؤسسة الطبية لصالح العاملين فيها من جانب ولصالح المرضى من جانب آخر .

٣- المساهمة فى القيام بمد الأنساق الداخلية الموجودة بالمؤسسة الطبية، بالمشورة الفنية، التى تساعدهم على القيام بمسئولياتهم قِبل المرضى خير قيام، والتعاون مع المهنيين ذوى التخصصات المهنية فى المؤسسة الطبية فى صورة عمل الفريق Team work ليكشف لهم عن الجوانب الاجتماعية والنفسية والأسرية، والبيئية ذات الصلة الوثيقة بالأمراض التى يُعانى منها بعض المرضى .

٤- المساهمة فى القيام بالبحث والدراسة، للتعرف على احتياجات مجتمع المؤسسة الطبية، ومشكلاته، وموارده ، وإمكانياته تمهيداً لترتيبها حسب أهميتها ووضعها فى أولويات ، والعمل على إشباعها أو حلها فى حدود الموارد والإمكانيات المتاحة، أو التى

يمكن إيجادها .

٥- العمل على تنسيق جهود الأنساق الداخلية للمؤسسة الطبية لمنع تكرار أو تضارب الخدمات التى تقوم تلك الوحدات بتقديمها للمرضى. كما يسهم فى تهيئة مناخ جيد للعلاقات الإنسانية داخل مجتمع المؤسسة الطبية .

٦- إيجاد مشروعات تستلزم إشتراك وتعاون مختلف فئات العاملين بالمؤسسة الطبية، وتحقيق فائدة لهم، كأسلوب لإيجاد التكامل بين فئات العاملين بالمؤسسة الطبية مما يكون له أكبر الأثر فى علاج المرضى ،

٧- المساهمة فى العمل على تحسين مستوى الخدمات التى تقدمها المؤسسة الطبية للعاملين من جانب، وللمرضى من جانب آخر، على أن تؤدى تلك الخدمات بالطريقة التى ترضى العاملين والمرضى، وتحفظ عليهم كرامتهم .

٨- المساهمة فى عملية التسجيل، والتأكد من أن جميع الأعمال والأنشطة والبرامج التى يمارسها نسق الخدمة الاجتماعية الطبية تسجل تسجيلاً دقيقاً، للإفادة منه فى عملية تقويم النسق لقياس مدى نجاحه أو فشله من جانب. ومعاونة الإخصائيين الاجتماعيين الجدد الذين يعينون مستقبلاً فى المؤسسة الطبية، فى الانطلاق من حيث انتهى زملائهم القدامى من جانب آخر، وذلك مما يكون له أكبر الأثر فى خدمة مجتمع المؤسسة من جانب، وخدمة المرضى من جانب آخر .

ب - الأدوار الوظيفية للمنظم الاجتماعى الطبى خارج المؤسسة الطبية :

١- على المنظم الاجتماعى الطبى أن يتعرف على كافة الأجهزة والهيئات التى تؤدى خدمات طبية بمختلف أنواعها وذلك ليتضح له أوجه الازدواج أو النقص أو التكامل فى أنواع الخدمات الطبية التى تؤدى للمجتمع المحلى من جانب، ولكى يستطيع أن يستغل هذه الأجهزة والهيئات لصالح مرضى المؤسسة الطبية التى يعمل بها من جانب آخر .

٢- التعرف على المشكلات الاجتماعية بالمجتمع المحلى.. المقام به المؤسسة الطبية التى يعمل بها- ذات الأثر على الصحة العامة، وإثارة الناس وتوعيتهم لتجنبها .

٣- المنظم الاجتماعى بحكم عمله واتصاله بزملائه العاملين بالهيئات المحيطة بالمؤسسة الطبية، والرأى العام داخل المجتمع المحلى الذى تتواجد به المؤسسة الطبية، يستطيع أن ينقل لإدارة المؤسسة الطبية، ردود الفعل وانطباعات الناس على الخدمات التى تؤديها المؤسسة الطبية، مما يكون له أكبر الأثر فى تقويم دور المؤسسة الطبية، ومن ثم تعمل على إزالة كل ما يحول دون تأدية رسالتها فى المجتمع على الوجه الأكمل، هذا من جانب ومن جانب آخر يعمل المنظم الاجتماعى الطبى على تنبيه المجتمع المحلى بدور المؤسسة الطبية، وأهدافها وكيفية الاستفادة من خدماتها، وعليه أيضاً تنسيق الموارد البيئية ونشر الوعى فى المنطقة المحيطة

بالمؤسسة الطبية، لما يحقق أقصى استفادة من خدمات المؤسسة الطبية .

وفى النهاية ، فإننا نشير إلى أن طرق الخدمة الاجتماعية متكاملة، وما فصلت بينها إلا بغرض الشرح، والتحليل والتفسير، حيث أن نطاق عمل الخدمة الاجتماعية يمتد إلى وجوه الإنسان المختلفة التى يعيش فيها، فهى تعمل مع الأفراد كما تعمل مع الجماعات، وأيضاً تعمل مع المجتمعات.

فالخدمة الاجتماعية حينما تعمل مع الفرد بصورة مباشرة إنما تتعامل مع الجماعات والمجتمع بصورة أو بأخرى .

كذلك الحال حينما تعمل مع الجماعة، نجد بالضرورة أهمية العمل مع أعضاء الجماعة كأفراد، مثل الفرد الذى تواجهه مشكلة، أو يتميز بقيادة تحتاج إلى صقل، كما تعمل مع الهيئة أو المؤسسة التى تحتضن الجماعة، لتقارب بين أغراضها واتجاهاتها، وأيضًا تعمل مع المجتمع المحلى الذى تتواجد فيه هذه المؤسسة لاستغلال موارد البيئة فى تحقيق أهداف المؤسسة من جانب ، والجماعات التى تنتمى إلى هذه المؤسسة من جانب آخر .

كذلك حينما تعمل الخدمة الاجتماعية مع المجتمع، نجد لزاماً عليها أن تتعامل مع جماعات، وأفراد المجتمع الذى تسعى إلى المواءمة بين احتياجاته وإمكانياته .

إن العلاقة بين طرق الخدمة الاجتماعية - خدمة الفرد، وخدمة الجماعة، وتنظيم المجتمع - إنما هى علاقة لاتُستمد من واقع المنفعة

المشروطة بتقديم قضايا ملموسة نافعة فحسب .. وإنما هى علاقة أعضاء لجسم واحد ، بطبيعة واحدة، وبوظيفة واحدة، إن حدث وتعددت أعضاؤه، فهو لتحقيق هدف مشترك، هو رفاهية الإنسان وسعادته ، فالجوهر واحد ، والفلسفة واحدة، بل أن المفاهيم والمبادىء الأساسية نفسها متقاربة، وهذه حقيقة يؤكدها الواقع الميدانى ذاته، كما يحسها كل من مارس المهنة من الإخصائيين الاجتماعيين .

القسم الثانى

الرعاية التأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية

الفصل الأول : نشأة وتطور الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين .

الفصل الثانى: الإعاقة (أنواعها وأسبابها وآثارها) .

الفصل الثالث : احتياجات المعوقين وتأهيلهم .

الفصل الرابع : الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى .

الفصل الأول

نشأة وتطور الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين

تمهيد :

أولاً : تطور وأهداف الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين :

- تطور الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين .
- أهداف الرعاية الاجتماعية للمعوقين .

ثانياً : حجم مشكلة المعوقين والتعريف بها :

- حجم مشكلة المعوقين محلياً وعالمياً .
- تعريف الإعاقة .
- معنى العجز أو العاهة لدي المعوق .

تمهيد :

يُعد القرن العشرين هو البداية الحقيقة المنظمة لرعاية فئات المعوقين ، وخاصة فى أعقاب الحربين العالمية الأولى والثانية، وما خلفته من أعداد هائلة من الإصابات التى انتجت الإعاقات والعاهات .

ولقد صاحب هذه الفترة، مفاهيم إنسانية واشتراكية حديثة غيرت من مفاهيم القوة، والبقاء للأصلح، والتى كانت سائدة من قبل ، كما ظهرت اكتشافات علمية حديثة، كشفت النقاب عن كثير من طبائع الإنسان وسلوكه، وحياته العقلية، والنفسية ، والاجتماعية[1] مما أدى إلى التقدم العلمى الملحوظ فى أساليب ومجالات الرعاية بصفة عامة، والخدمة الاجتماعية بصفة خاصة، سواء على المستوى العالمى أو داخل مصر[2] .

وقد كان من نتيجة سيادة المفاهيم والأفكار الحديثة، أن استقرت بعض المفاهيم والحقائق عن المعوقين وأهمها ما يلى :

١ - عجز الإنسان، هو ظاهرة طبيعية تفرض وجودها، نتيجة التعقد الهائل فى طبيعة الحياة الاجتماعية المعاصرة الناتجة عن الحروب من جانب ، والتقدم التكنولوجى فى المجال الصناعى، والذى أدى بدوره إلى كثرة الإصابات والعاهات من جانب آخر .

---

(١) أنظر :عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق، ص ١٨٠ .

(٢) أنظر: محمد سيد فهمى، **السلوك الاجتماعى للمعوقين - دراسة فى الخدمة الاجتماعية**، مرجع سابق ، ص ١١ .

٢- عجز الإنسان هو عجز نسبى، أصاب وظيفة أو أكثر من وظائفه الاجتماعية، ولايعنى بالضرورة عجزاً كلياً أو شاملاً، ومن ثم يمكن استثمار ماتبقى لدى الفرد بأفضل أسلوب ممكن حتى يستطيع أن يؤدى أدواره الاجتماعية .

٣- شعور صاحب العاهة بالعجز، غالباً ما يكون نتاج تفاعله مع بيئته ومن ثم، إذا تمكن العلم من إحداث التلاؤم المطلوب بين الفرد وبيئته لتحقق التكيف المناسب .

٤- لاشك أن للمعوقين طاقات خلاقة، إذا عُطلت هذه الطاقات، ولم تستثمر، لضر ذلك بالاقتصاد القومى من جانب، وعاق التنمية الاقتصادية التى تسعى إليها المجتمعات من جانب آخر. ومن ثم فإعادتهم إلى عجلة الإنتاج، هو إسهام إيجابى فى زيادة حجم الإنتاج العام، ودفع لعجلة التنمية الاقتصادية للمجتمع .

٥- عناية المجتمعات بتأهيل معوقيها، يجنبها أعباء كثيرة مستقبلاً حيث إهمالهم يؤدى بهم إلى وجهات انحرافية مرضية كالإدمان أو التسول ، أو التشرد ، أو الانحراف الخلقى .. الخ. مما يُكلف المجتمع أعباء لا قبل له بها .

٦- إن العناية بالمعوقين كفئة أصابتها درجة من درجات العجز، واجب أخلاقى إنسانى ، تفرضه القيم الدينية والأخلاقية، والإنسانية المختلفة، وكواجب تفرضه طبيعة التكامل الاجتماعى وحق الفرد على المجتمع .

٧- الإفادة من جهد هذه الفئة فى الإنتاج، هو في ذاته توفير لطاقات إنتاجية فى المجتمع، حيث يمكن للمجتمع من توجيه الفئات القادرة إلى أعمال تتطلب جهداً ومهارة أكبر(١) .

وتعد برامج الخدمة الاجتماعية مع المعوقين نتيجة حتمية لكل المبررات السابقة، وإيماناً منها بالكفاية الإنسانية، وبقدرة الإنسان المعوق على إعادة التكيف والتفاعل والإنتاج، وقد ساعد على ذلك ما يتسم به العصر الحديث من الاعتماد على تخصص الأداء سواء كان صناعياً أو مهنياً ، مما فتح مجالات أوسع للمعوقين، نظراً لاعتماد الصناعة سواء على التخصص ، أو تقسيم العمل ، وهما فى الوقت الحاضر لايحتاجان لقدرات بدنية متعددة .

كما أوضحت الدراسات النفسية والاجتماعية، أن الإنسان عندما يصاب بإعاقة معينة، ينتابه شعور بالنقص، نتيجة افتقاره أو قصور جزء من التركيب الفسيولوجى له، وقد تؤثر الإعاقة أيضاً على مركزه الاجتماعى، وبالتالى يحدث تغييراً فى الأدوار التى كان يقوم بها، ومن ثم تحدث عملية تغيير فى سلوكه الاجتماعى مما يؤدى إلى رفضه للمحيطين به ، ورفض المحيطين به له .

ومن هنا ، تبرز أهمية دور الخدمة الاجتماعية داخل مؤسسات المعوقين، ليس من أجل تعديل السلوك غير المقبول للأفراد المعوقين، بل

(١) أنظر : عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون ، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق ، ص ١٨١-١٨٢.

وأيضاً لدعم وتطوير السلوك الاجتماعى الإيجابى المرغوب فيه لدى تلك الفئة من فئات المجتمع [1] .

ولتوضيح ماسبق خُصص هذا الفصل لعرض ومناقشة موضوعين :

أولهما : تطور وأهداف الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين : وتم فيه مناقشة نشأة وتطور الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين بصفة عامة، وفى مصر بصفة خاصة، وأيضاً مناقشة أهداف الرعاية الاجتماعية للمعوقين .

ثانيهما : حجم مشكلة المعوقين والتعريف بها: وتم فيه مناقشة حجم مشكلة المعوقين فى جمهورية مصر العربية بتناول وتحليل الإحصاءات المختلفة لوزارة الصحة والشئون الاجتماعية والجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، وكذلك مناقشة حجم مشكلة المعوقين عالمياً بتناول قرارات مؤتمر هيئة الأمم المتحدة، كما نوقشت بعض التعريفات المختلفة الخاصة بالإعاقة والمعوق لبعض رواد العمل الاجتماعى والإخصائيين الاجتماعيين، والمتخصصين فى المجال التأهيلى كما نوقش معنى العجز أو العاهة من معوق إلى آخر سواء كانت هذه العوامل تكمن فى الوظيفة التى يؤديها العضو المصاب ، أو المجتمع الذى يعيش فيه المعوق، أو المرحلة العمرية التى يمر بها، وأخيراً ما إذا كانت الإعاقة وراثية أم مكتسبة .

---

(١) أنظر : محمد سيد فهمى ، **السلوك الاجتماعى للمعوقين**، دراسة فى الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ١٢.

أولاً : تطور وأهداف الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين :

تطور الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين :

على الرغم من أن فئات اليتامى والأرامل والفقراء ، قد حظيت منذ القدم بالكثير من ألوان الرعاية الاجتماعية، إلا أن الأمر لم يكن كذلك بالنسبة لفئات المرضى والعجزة والمعوقين، فقد تعرضت هذه الفئات فى كثير من مراحل الإنسانية للإهمال، بل فى أحيان كثيرة للنبذ والقسوة والضياع [١] .

ففى التاريخ القديم، عانى المعوقون فى كثير من الأمم من الاضطهاد والازدراء ، والإهمال، فكانوا يتركون للموت جوعاً، أو يوأدون وهم أطفال. شهدت ذلك مجتمعات روما، وإسبارطه، وكذلك الجزيرة العربية إلى جانب عدد من القبائل فى مختلف أرجاء العالم، بينما كانوا يتمتعون ببعض الرعاية فى مصر والهند [٢] .

وكان هذا الاضطهاد ، والازدراء ، والإهمال، ناتج عن المعتقدات الخاطئة، والخرافات التى كانت سائدة فى ذلك الوقت حيث الأعمى ظلام والظلام شر ، والمجزوم هو الشيطان بعينيه، ومرضى العقول هم أفراد تقمصتهم الشياطين والأرواح الشريرة .. الخ .

---

(١) أنظر : عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين** ، مرجع سابق ، ص ٨٠.

(٢) محمد سيد فهى، **السلوك الاجتماعى للمعوقين – دراسة فى الخدمة الاجتماعية**، مرجع سابق ، ص ١٨ .

ولم يقتصر الأمر على سيادة هذه الخرافات، بل أن كثيراً من فلاسفة اليونان القديم كأفلاطون وأرسطو، لم يعنيا فى جمهورياتهم وأفكارهم المثالية بمساعدة مثل هؤلاء العجزة، أو أصحاب العاهات، بل نادوا بالتخلص من هذه الفئة المعوقة، لأنها تشكل عبئاً لامبرر له على المجتمع بل أن هذه الأفكار، استمرت فيما بعد تراود الكثير من الفلاسفة فى التاريخ الحديث، فإلى جانب النظرية التطورية المعروفة للعالم (داروين) عن البقاء للأصلح، ومبدأ الانتقاء الطبيعى، فإنا نجد (هربرت سبنسر) نادى صراحة بإبطال تقديم المساعدة عمداً لفئات العجزة، تلك الفئات - الكسيحة فى رأيه - التى تثقل الطبقة النشطة بأثقال لانظير لها ولا مبرر لها [1] .

كما خرجت فى المانيا فلسفات عنصرية متعالية، أطلق عليها فلسفة القوة تزعمها (هيجل)، وفحواها أن المجتمع لاينمو إلا فى ظل القوة وما أسطورة الديمقراطية والاشتراكية إلا دعوة إلى سيادة طوائف متوسطة أو غير قادرة، لتولى شئون المجتمع، بما يضر بصالح هذا المجتمع ضرراً بالغا [2] .

بل يخرج لنا العلامة (سمنر) ليطلعنا فى مستهل القرن الحالى بأن أصحاب العاهات هم فئة طفيلية، وعبء على المجتمع وإن اتسمت

---

(١) مصطفى الخشاب، **المدارس الاجتماعية المعاصرة**، ص١٨ : عن عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين** ، مرجع سابق، ص ١٨ .

(٢) مصطفى الخشاب ، **التفكير الاجتماعى** ، مرجع سابق ص ٣١ ، ٧٦ : عن المرجع السابق، ص١٨ .

بالمسالمة والسلبية، لاتبغى للمجتمع ضررا [1] . إلا أنه لم يمنع كل هذا من ظهور ألواناً من الرعاية الاجتماعية للمعوقين، دفعت إليها عوامل أهمها :

١- الديانات السماوية، بما تحمله من تعاليم المحبة، والتسامح والبر والرحمة، والإخاء بين البشر، فكانت بمثابة أول طرق الهداية للبشرية، مما أدى إلى انتشار نظم الإحسان، واستمرت هذه النظم عاملاً أساسياً فى رعاية المرضى والمعوقين عن طريق مساعدتهم مادياً، دون أى جهد يبذل فى سبيل مساعدتهم على استرداد مكانتهم فى المجتمع.

ولقد تميز المجتمع الإسلامى عن المجتمع الأوربى بنظرته الإيجابية إلى المعوقين، فخصص لهم من يساعدهم على الحركة والتنقل، وإنشاء المستشفيات، حيث عنى خلفاء وحكام المسلمين بالمرضى والمعوقين. ويبدوا ذلك واضحاً فى اهتمام أمير المؤمنين عمر بن الخطاب، وعبد الملك بن مروان، وعمر بن عبد العزيز وغيرهم من خلفاء المسلمين وحكامهم، بتوفير الرعاية الاجتماعية للمعوقين، وقد بلغ من اهتمام أمير المؤمنين عمر بن عبد العزيز بهذا المجال، أنه حث على عمل إحصاء للمعوقين ، وخصص مرافقاً لكل كفيف، وخادماً لكل مقعد لايقوى على القيام وقوفا (أداء الصلاة) [2] .

(١) مصطفى الخشاب ، التغير الاجتماعى، مرجع سابق، ص٨٨ عن : المرجع السابق، ص ١٨ .

(٢) محمد سيد فهمى، السلوك الاجتماعى للمعوقين – دراسة فى الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق ،ص ١٩ .

ومن الحقوق التى يهبها الإسلام للمكفوف مثلاً، أن يأكل عند الحاجة من بيوت أهله أو أقربائه، وأن يشاركهم فى طعامهم من غير أن يجد هو فى نفسه غضاضة من ذلك .

وفى هذا المقام جاء قول المولى عز وجل فى القرآن الكريم أعوز بالله من الشيطان الرجيم، بسم الله الرحمن الرحيم ﴿ **ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج ولا على أنفسكم أن تأكلوا من بيوتكم أو بيوت أمهاتكم أو بيوت إخوانكم أو بيوت أعمامكم أو بيوت عماتكم أو بيوت أخوالكم أو بيوت خالاتكم أو ما ملكت مفاتحه أو صديقكم ليس عليكم جناح أن تأكلوا جميعا أو أشتاتا، فإذا دخلتم بيوتاً فسلموا على أنفسكم تحية من عند الله مباركة طيبة كذلك يبين الله لكم الآيات لعلكم تعقلون** ﴾ [1] صدق الله العظيم .

كما يحثنا سيدنا محمد رسول الله ﷺ على ألا نتجاهل المكفوف حتى وإن لم يشعر بوجودنا، فيقول معلمنا الكريم ﷺ ، ترك السلام على الضرير خيانة فإذا كان ترك السلام على الضرير خيانة، فيكون من الأحرى عدم إرشادك للكفيف خيانة، وعدم سؤالك عنه خيانة، وعدم معاونته فيما يحتاج إليه خيانة .. الخ .

٢- الثورات الاجتماعية، وما تبعها من حركات إصلاحية عملت على نشر الاهتمام بالإنسان، والاهتمام بحقوقه، وتخلصه من الظلم، مما

(١) القرآن الكريم، سورة النور ، الآية الشريفة ، رقم ٦١ .

يولد الاهتمام بالضعفاء والمعوقين .

وكان التقدم فى وسائل تعليم الطفل المعوق حسياً ، بداية الدعوة إلى إمكانية الاستفادة من طاقات المعوقين، والعمل على تعليمهم بأساليب تناسب إمكانياتهم ، فكانت طريقة برايل لتعليم المكفوفين، وطريقة قراءة الشفاه لتعليم الصم، بدايات هامة على هذا الطريق [1] .

٣- ظهور عبقريات من بين فئات العجزة وأصحاب العاهات أمثال (هوميروس ، وتشارين برد ، وبتهوفن)، الذين لم يمنعهم كف بصرهم، أو صم أذانهم من إبراز عبقرياتهم الفذه فى الفنون ، والأداب ، والموسيقى مما نبه الأذهان إلى خطأ الأفكار الشائعة عن الشرور والأرواح الشريرة التى تحيط بفئات العجزة .

وكانت نتيجة هذه الظواهر، أن ظهرت أشكالاً من الرعاية الاجتماعية لهذه الفئات ، فانتشرت الأديرة، والملاجىء ،والتكايا والأروقة، كما اتسمت المؤسسات الدينية بطابع الرعاية الاجتماعية للعميان فى كافة العصور، تمدهم بالمساعدات والهبات [2] .

وفى أعقاب الحرب العالمية الأولى، كانت الأعداد الهائلة من المعوقين الناتجة عن الحرب، عاملاً هاماً فى البحث عن وسائل جديدة لرعايتهم. فبدأ التأهيل مصحوباً بصيغة اقتصادية، تدعو إلى الاستفادة

---

(١) أنظر : محمد سيد فهمى ، السلوك الاجتماعى للمعوقين - **دراسة فى الخدمة الاجتماعية**، مرجع سابق، ص ٢٠ .

(٢) عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق، ص ٨١.

من طاقات المعوقين في الإنتاج، وأُنشئت أولى معاهد التأهيل المهني في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٢٠، وصحب ذلك التطور الهائل في الجراحة والتطور في صناعة الأجهزة التعويضية الذي صحب التطور التكنولوجي بصفة عامة، وأعلنت هيئة الأمم المتحدة وثيقة حقوق الإنسان، فكانت نقطة تحول هامة في نظرية المجتمعات نحو أبنائها، فحلت النظرة الاجتماعية محل النظرة الاقتصادية، وأصبحت الدعوى لرعاية المعوقين وتأهيلهم اجتماعياً ليعودوا أفراد مندمجين في مجتمعاتهم، يشعرون بحقوقهم كغيرهم من المواطنين (١) .

على أننا لاننكر أن القرن الثامن عشر، كان نقطة تحول هامة في كثير من الظواهر الإنسانية، والعملية، وكان بحق، فاتحة إصلاح اجتماعي اجتاحت كثيراً من الميادين والمجالات الإنسانية، ساعد على قيامها تطور العلوم الاجتماعية، مثل علم النفس، وعلم الاجتماع والأنثربولوجيا، والاقتصاد، كما حققت العلوم البيولوجية تقدماً هائلاً في ميدان العلاج الطبي باكتشاف مسببات كثير من الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية كالدرن والتيفود .. الخ . أيضاً ، كشف التقدم العلمي في ميدان علم النفس التجريبي النقاب عن طبيعة الأمراض النفسية والعقلية، التي ظلت زمناً طويلاً مرتعاً خصباً للخرافات، وأعمال السحر والدجل وما إلى ذلك .

---

(١) أنظر : محمد سيد فهمي ، **السلوك الاجتماعي للمعوقين**، دراسة في الاجتماعية، مرجع سابق، ص ٢٠ .

أما القرن العشرين بحق ، هو البداية الفعلية للنظرة الإنسانية للعلوم، والمعوقين، وذلك لمعاونة العلاج الصبى فى تحقيق أهدافه، بل أصبحت أساليب الخدمة الاجتماعية هى الوسيلة الوحيدة لعلاج أنواع معينة من المرضى، وأصحاب العاهات [1] .

لقد تضافرت فى القرن العشرين.. جهود العلماء والمفكرين فى سبيل توفير برامج التأهيل التى تساعد الفرد المعوق على استرداد أقصى مايمكن من إمكانياته فى الحياة، وذلك عن طريق تنمية ما تبقى لديه من قدرات .

ويعمل الأطباء ، والمهندسون ، والاجتماعيون فى البحث عن كل ما يساعد الفرد المعوق من وسائل تكنولوجية، واجتماعية، ونفسية، كى يحيا فى بيئته ، ويقوم بأنشطته اليومية، بأقل جهد ممكن .

تطور الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين فى ج.م.ع :

وفى هذا الميدان لم تتخلف مصر عن مواكبة ركب الحضارة فى أى وقت من الأوقات، بل أن التاريخ ليشهد أن مصر القديمة، كانت أبر بأبنائها من سائر الحضارات، فقد كان المكفوفون على سبيل المثال، يستخدمون فى شئون الدولة، ودور العبادة، كما سبقت مصر الإسلامية العالم، بإنشاء المؤسسات الطبية كالمستشفيات، والعيادات الطبية الخارجية أو البيمارستانات كما كانت تسمى فى الماضى، والملاجىء ، وكان لنظام الوقف آثر هام فى رعاية المعوقين المرضى.

---

(١) أنظر : عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون ، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق،ص ٨٣

وفي العصر الحديث ، بدأت حركة الجمعيات الخيرية تغزو هذا الميدان ولقد أُنشئت الجمعية الخيرية الإسلامية، وجمعية المواساة الإسلامية كان هدفها الأساسى هو رعاية المرضى. كما أُنشئت الجمعية العامة لمكافحة الدرن، والجمعية العامة لتحسين الصحة، والجمعية المصرية لرعاية العميان .. الخ .

وعندما صدر قانون الضمان الاجتماعى عام ١٩٥٠ ، أفرد بين نصوصه باباً لتأهيل المعوقين وأسرهم، ومع بداية ثورة يوليو ١٩٥٢ أهتمت الحكومة بإنشاء مؤسسات تأهيل المعوقين ورعايتهم [١] .

ثم صدر العديد من القوانين التى اختصت بعض موادها برعاية المعوقين وتوفير سبل الحماية لهم مثل القانون رقم ٥٨ لسنة ١٩٧١ ، والقانون رقم ٦١ لسنة ١٩٧١ ، وأخيراً القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ ، الذى جمع شتات القوانين السابقة. وأيضاً قانون التأمينات الاجتماعية رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ المعدل بالقانون رقم ٢٥ لسنة ١٩٧٧ ، و٩٣ لسنة ١٩٨٠ والتى تخدم بعض مواده فئة المعوقين، من حيث إصابات العمل، وتأمين العجز عن العمل .

ولايفوتنا فى هذا المجال، أن نتذكر الاهتمام الرسمى والشعبى فى مصر الذى ظهر لرعاية معوقى ومشوهى حرب أكتوبر عام ١٩٧٣ ولقد

---

(١) صلاح الدين الحمصانى، خدمات التأهيل فى مصر، بحث لمؤتمر التكامل فى رعاية المعوقين، القاهرة، ١٩٨١ .

عن محمد سيد فهمى ، السلوك الاجتماعى للمعوقين – دراسة فى الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ٢١

تبلور هذا الاهتمام فى إنشاء مدينة الوفاء والأمل لتأهيل المعوقين، بالإضافة إلى عقد المؤتمرات العلمية، وحلقات البحث، التى تبحث مشكلاتهم وسبل رعايتهم[1] .

على أن التأهيل المهنى فى ج. م. ع. لم يلق العناية الواجبة إلا منذ عهد قريب ، وبالتحديد، منذ إنشاء وزارة الشئون الاجتماعية بل ومنذ إصدار قانون الضمان الاجتماعى عام ١٩٥٠ . وقبل ذلك اقتصرت جهود الرعاية الاجتماعية للمعوقين على جهود متناثرة للأزهر الشريف، ووزارة الأوقاف وبعض مؤسسات الرعاية لمرضى الجزام، والصم، وما إلى ذلك .

ويعتبر إصدار قانون الضمان الاجتماعى سنة ١٩٥٠ الذى نص فى المادة رقم ٤٢ من بابه الخامس على أن تقوم وزارة الشئون الاجتماعية بالاتفاق مع الوزارات والهيئات الأخرى باتخاذ إجراءات وتدابير ضرورية لإنشاء ، وتنظيم المعاهد والمدارس اللازمة لتوفير الخدمات الخاصة لعلاج العجزة، وتدريبهم وإعدادهم للعمل، نقطة انطلاق لبدء منظم للرعاية الاجتماعية للمعوقين. فأنشأت مكاتب التأهيل المهنى لذوى العاهات، كما بدىء بإنشاء سجل خاص بهم فى وزارة الشئون الاجتماعية، فضلاً عن بدأ نهضة اجتماعية شاملة بإيفاد بعثات للتخصص فى هذا النوع من الرعاية، ومازلنا فى الطريق نحو شمول أسباب رعاية هذه الفئات بمختلف طوائفها وأنواعها فى

---

(١) أنظر : المرجع السابق ، ص ٢١ ، ٢٢ ، ١٢٦ ، ١٤٠ .

شتى أنحاء الجمهورية[1] .

أهداف الرعاية الاجتماعية للمعوقين :

إن المعوق إنسان قبل كل شيء، وأهداف رعايته قد لاتختلف أساسا عن غيره فى الإنسانية، بل أنه يستحق مزيدا من الرعاية والعون نظراً لعدم استطاعته كفالة نفسه، أو تعثره فى إنجاز بعض شئونه .

وعلى أى حال، يمكننا أن نميز أهداف الرعاية الاجتماعية لهذه الفئة على النحو التالى[2] :

١- إيقاف تيار العجز بالاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة، ومساعدتها حتى تصل إلى أقصى ما تسمح به قدراتها وإمكانياتها .

٢- توفير فرص العلاج الطبى والنفسى لهم.

٣- توفير الخدمات الاجتماعية التى يحتاجونها عن طريق الإخصائى الاجتماعى، بحيث تمتد هذه الخدمات إلى زويهم إذا تطلب الأمر ذلك .

٤- الاعتراف الواعى بهم كطوائف إنسانية لها كرامتها، ولها حقوقها كى تحيى حياة كريمة .

٥- توفير الفرص المناسبة لهم للتعليم، سواء فى فصول خاصة أو مدارس خاصة بهم تناسب قدراتهم واستعداداتهم.

---

(١) عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق، ص ١٨٧ .

(٢) أنظر: المرجع السابق، ص ١٨٥ ، ١٨٦ .

٦- توفير فرص التوجيه والتأهيل المهنى، بما يتناسب مع قدراتهم واستعداداتهم الخاصة .

٧- توفير فرص التشغيل المناسبة لهم، ويعتبر ذلك إستكمالاً للجهود التأهيلية التى بذلت لهم.

٨- تنوير الرأى العام بمشكلاتهم، وحثه على بذل الجهود لتقبلهم ومساعدتهم.

٩- تشجيع البحوث العلمية فى مجال رعاية المعوقين، لتطوير أسس الرعاية وأساليبها.

١٠- تهيئة المؤسسات ، والطرق، والمواصلات، وغيرها كى يمارس المعوق حقه فى استخدامها والاستفادة منها، بما يضمن سلامته وعدم تعرضه للأخطار .

ثانياً : حجم مشكلة المعوقين والتعريف بها .

حجم مشكلة المعوقين محلياً وعالمياً :

إن لغة الأرقام، هى خير موضح لحجم مشكلة المعوقين فى جمهورية مصر العربية، فقد تناولت الإحصاءات المختلفة لوزارة الصحة والشئون الاجتماعية، والجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء عرض لفئات المعوقين وأعدادهم .

ولقد قُدّر عدد أصحاب العاهات المختلفة عام ١٩٦٠ على ضوء الإحصاءات المختلفة من المستشفيات، والهيئات الصحية والتأهيلية على

النحو التالى[1] :

نوع الإعاقة	العدد بالألف	نوع الإعاقة	العدد بالألف
المكفوفين	١٢٠ - ١٥٠	مبتور الساقين	١٦
العور	١٤٠	مرضى الدرن	٢٨- ٣٥
الصم والبكم	٢٣	مرضى الجزان	٤٠٥
مرضى القلب	٤٦	مرضى العقل	٣١
المقعدين	٢١	حالات أخرى	١٦
مبتور اليدين	١٣	-	-

ويتضح من الجدول السابق أن أعلى أعداد الإعاقة فى جمهورية مصر العربية هى إعاقة العور (فاقدى أحد العينين) حيث يبلغ ١٤٠٠٠٠ معوق تلاها إعاقة كف البصر، حيث بلغ متوسط عددهم ١٣٥٠٠٠ معوق، تلتها إعاقة مرض القلب ، حيث بلغ عددهم ٤٦٠٠٠ معوق ، تلاها إعاقة مرض الدرن، حيث بلغ متوسط عددهم ٣٢٥٠٠ معوق. ثم تلاها إعاقة الأمراض العقلية حيث بلغ عددهم ٣١٠٠٠ معوق، ثم إعاقة الصم والبكم، حيث بلغ عددهم ٢٣٠٠٠ معوق ، ثم المقعدين ، حيث بلغ عددهم ٢١٠٠٠ معوق ثم كل من مبتور الساقين ، وحالات أخرى، حيث بلغ عددهم ١٦٠٠٠ معوق ثم مبتور اليدين، حيث بلغ عددهم ١٣٠٠٠ معوق - وأخيراً مرضى

(١) المرجع السابق ، ص ١٨٨ .

الجزام حيث بلغ عددهم ٤٥٠٠ معوق .

كما تناولت التعدادات العامة للسكان، والتى أُجريت فى ج . م .ع مشكلة المعوقين ، وكان آخر تعداد نُشر عام ١٩٧٦ والذى أوضح ست فئات للإعاقة ، وهى :

المكفوفين ، العور (فاقدى إحد العينين)، الصم والبكم ، حالات البتر العلوى ، البتر السفلى ، حالات الضعف العقلى .

هذه الحالات التى عنى الإحصاء بحصرها قد بلغ عددها ١١١٣٢٤ من إجمالى عدد السكان المقيمين فى البلاد وقتذاك، والبالغ عددهم ٣٦,٦٢٦,٢٠٤ فرداً وبذلك بلغت نسبة المعوقين إلى حوالى ٢,٠٣٪ (فى الألف) من جملة السكان، وذلك مع مراعاة أن التعداد لم يتناول جميع فئات المعوقين حيث أغفال بعض الفئات الهامة مثل : حالات التخلف العقلى، حالات الشلل ، حالات القلب ، الأمراض المزمنة .

ولقد أظهر هذا الحصر وجود نقصاً فى معدلات الإعاقة التى يرجع أكثرها إلى أسباب مرضية، مقابل تزايد ملحوظ فى معدلات الإعاقة الناتجة أكثرها عن الحوادث. حيث كان عدد حالات بتر الأيدى والأرجل عام ١٩٣٧ هو ٧١٢١ حالة، تزايد عام ١٩٧٦ إلى ١٢٣٩٦ حالة، وذلك بزيادة نسبتها ٧٤,١٪ ، ويرجع هذا الى تقدم الرعاية الطبية من جانب، وزيادة التقدم التكنولوجى والصناعى والتحضر فى ذات

الوقت من جانب آخر [1] .

كما أفادت الإحصاءات من قرارات مؤتمرات هيئة الأمم المتحدة التى أوضحت أن نسبة شبه المعوقين فى العالم تمثل ١٠٪ من حجم السكان حيث يبلغ عدد المعوقين فى العالم حوالى ٤٥٠ مليون معوق ، منهم ٨٠٪ فى الدول النامية .

ولقد وصل تعداد المعوقين فى العالم إلى حوالى ٦٠٠ مليون نسمة فى عام ٢٠٠٠ ، وحيث أن نصف سكان الدول النامية فى مرحلة عمرية أقل من ١٥ سنة، فإن عدد المعوقين من هؤلاء الأطفال بلغ ١٥٠ مليون طفل .

وعلى ذلك، فمن الممكن تقدير عدد المعوقين فى ج.م.ع إذا كان تعداد سكانها ٦٥ مليون نسمة، حيث يبلغ ٦.٥٠٠,٠٠٠ مواطن معوق ، وإذا علمنا أن عدد من هم فى سن الطفولة يقدر بحوالى ٤٥٪ من مجموع السكان يتضح أن من بينهم ٣ مليون طفل معوق تقريبا [2] . ويتوقع الخبراء تزايد مشكلة المعوقين نتيجة للعوامل الآتية [3] :

---

(١) الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، التعداد العام للسكان لعام ١٩٧٦ مرجع ٩٣ / ١٥١١١ ، ١٩٧٨ .

(٢) صلاح الحمصانى ، خدمات التأهيل فى مصر - بحث لمؤتمر التكامل فى رعاية المعوقين بالقاهرة ، مرجع سابق .

(٣) محمد سيد فهمى، السلوك الاجتماعى للمعوقين - دراسة فى الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ٤٢.

١- التطور العلمى فى مجال العلاج الطبى والجراحة، مما يترتب عليه إنقاذ المرضى من الموت بسبب الحوادث والأمراض، حيث يتخلف لدى نسبة كبيرة منهم نوع من العجز البدنى أو العقلى .

٢- التطور التكنولوجى، وازدياد حركة التصنيع والمواصلات، مما يزيد معدلات الحوادث والإصابات .

٣- زيادة متوسط عمر الإنسان.

٤- إزدياد النمو الحضارى .

ويمكن أن نشير إلى الهيئات الاجتماعية التى تقدم خدماتها لفئات المعوقين فى ج.م.ع خلال عام ١٩٧٩ من خلال الجدول التالى [١] :

الهيئــــة	عدد المراكز	جملة المستفيدون منها خلال ١٩٧٩
مكتب التأهيل المهنى	٣٢	١٢٤١٤
مركز التأهيل	١٣	٨٦٠٠
مركز التوجيه النفسى	١	٣١٣
مؤسسات التثقيف الفكرى	؟	٩٤٠
المصانع المحمية	٥	٣٦٥
مصانع الأجهزة التعويضية	٣	٧٢٧٥

(١) أمين إبراهيم على ، سياسة وزارة الشئون الاجتماعية فى مجال رعاية المعوقين، بحث لمؤتمر التكامل فى رعاية المعوقين - القاهرة، ١٩٨١.

تعريف الإعاقة والمعوق :

المعوق مصطلح يشير على من تعوقه قدراته الخاصة على النمو السوى إلا بمساعدة خاصة، وهو لفظياً مشتق من الإعاقة أى التأخير أو التعويق. وللمعوق تعريفات متعددة، وقد تختلف فى الصياغة والشكل، ولكنها تتفق فى الجوهر والمضمون. ولقد تعددت تعريفات المعوق من خلال كتابات رواد العمل الاجتماعى، والإخصائيين الاجتماعيين، والمتخصصين فى المجال التأهيلى ومن أهم هذه التعريفات :

تعريف أ. عطيات ناشد [1] :

المعوق ، هو كل فرد يختلف عمن يُطلق عليه لفظ (سوى) أو (عادى) فى النواحى الجسمية، أو العقلية، أو المزاجية ، أو الاجتماعية إلى الدرجة التى تستوجب عمليات التأهيل الخاصة، حتى يصل إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه .

تعريف د. محمد عبد المنعم نور [2] :

المعوق، هو المواطن الذى استقر به عائق أو أكثر يوهن من قدرته ويجعله فى أمس الحاجة إلى عون خارجى واعٍ، مؤسس على أسس علمية وتكنولوجية، يعيدها إلى مستوى العادية، أو على الأقل أقرب ما

---

(1) Rehabilation and world peace, 8 th congress of the I-S-W-G (U-N-O).

عن عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون ، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق، ص ١٨٣ .

(٢) محمد عبد المنعم نور ، **الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل**، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٧١ ، ص ١٥٧ .

يكون إلى هذا المستوى .

تعريف صمويل م . وشك [1] :

المعوق ، هو الفرد الذى لايصل إلى مستوى الأفراد الآخرين فى مثل سنه ، بسبب عاهة جسمانية، أو اضطراب فى سلوكه، أو قصور فى مستوى قدرته العقلية .

تعريف منظمة العمل الدولية :

المعوق ، هو كل فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نقصاً فعلياً، نتيجة لعاهة جسمية أو عقلية .

تعريف قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لسنة ٧٥ :

المعوق ، هو كل شخص أصبح غير قادر فى الاعتماد على نفسه فى مزاولة عمله ، أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه، أو نقصت قدرته على ذلك نتيجة لقصور عضوى أو عقلى أو حسى ، أو نتيجة عجز خلقى منذ الولادة .

ومن جانبنا نعرف المعوق بأنه (الفرد الذى خرج عن السواء فى إمكانياته وقدراته، واحتاج إلى معاونة الآخرين فى كفالته أو إنجاز شئونه.

من هذه التعريفات ، يمكن أن نستخلص العناصر الرئيسية التى إذا توافرت أخرجت الفرد عن السواء أو أدخلت الفرد فى الإعاقة .

---

(١) أنظر : محمد سيد فهمى ، السلوك الاجتماعى للمعوقين – دراسة فى الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق ، ص ٣١ .

١- مدى مقدرة هذا الفرد على كفالة نفسه أو إنجاز شئونه، فإذا فقد المقدرة على ذلك ، سمى معوق .

٢- أنواع القصور التى يتعرض لها المعوق ، إما أن تكون بدنية، وإما أن تكون عقلية، أو قد تكون حسية .

٣- قد يرجع سبب هذا القصور إلى حادث أو مرض تخلف عنهما إصابة أو أنها خَلقية وراثية .

٤- إذا تسبب هذا القصور فى إعاقة الفرد على كفالة نفسه أو إنجاز شئونه، سمى هذا الفرد معوقاً .

٥- غالباً ما تؤدى هذه الإعاقة إلى سوء توافق المعوق مع ذاته من جانب ومع المحيطين به من جانب آخر. ومع مجتمعه من جانب ثالث .

٦- إن المعوقين هم مواطنون خرجوا بغير إرادة عن السواء الذى أدى إلى إعاقتهم عن السير سيراً طبيعياً فى الحياة كغيرهم من الأسوياء.

معنى العجز أو العاهة لدى المعوق :

يختلف معنى العجز أو العاهة من معوق لآخر ، وذلك تبعًا لعدة عوامل، أهمها الوظيفة التى يؤدى بها العضو المصاب، المجتمع الذى يعيش فيه، المرحلة العمرية التى يمر بها، وأخيراً، ما إذا كانت الإعاقة وراثية أم مكتسبة .

فبتر الساق لسائق سيارة ، أشد وقعاً بالنسبة لعامل التليفون، كما أن الإصابة بشلل الأطفال يختلف أثرها من أسرة لأخرى، ومن مجتمع

لآخر وبالتالى يختلف أثرها على الطفل، كذلك يختلف أثر الإصابة تبعاً لسن المصاب ، فقد لايفهم الطفل الصغير معنى الإصابة، بينما تؤثر فى البالغين تأثيراً كبيراً. ومن ناحية أخرى، يختلف أثر الإصابة الخَلقية عن أثر الإصابة المكتسبة، فالطفل الذى يولد كفيفا أقدر على تقبل الموقف من الطفل الذى يفقد بصره فيما بعد. فالأول تعوّد على أنماط سلوكية معينة تعلمها منذ ولادته، وأصبح الأمر طبيعيا بالنسبة له[1] .

---

(١) أنظر: محمود حسن ، **مقدمة الرعاية الاجتماعية**، مرجع سابق، ص ٦٨٢ .

الفصل الثانى

الإعاقة

(أنواعها وأسبابها وأثرها)

- تمهيد :

أولاً : أنواع الإعاقة .

ثانياً : أسباب الإعاقة .

ثالثاً : الآثار الناتجة عن الإعاقة .

تمهيد :

لقد أثبتت الإحصاءات ارتفاعاً ملموساً فى عدد المعوقين، خاصة زيادة فئة مرضى القلب والعقل والتشوهات الجسمية. ولقد أخذت الجهود العلمية فى كافة أنحاء العالم تعمل لمواجهة أخطار هذه الإصابات والوقاية منها والكشف عن أسبابها. وقد حقق الطب فى ذلك تقدماً ملموس فى أنواع من الأمراض والعاهات، إلا أنه مازال الكثير من الأمراض، لم يكشف العلم بعد النقاب عن أسبابها، ولا كيفية الوقاية منها، وخاصة فى مجال الطب العقلى .

ويعد تصنيف المعوقين من الأمور بالغة الأهمية، وذلك بهدف مواجهة احتياجات المعوق التربوية والتأهيلية. حيث أن تصنيف المعوقين أو نسبتهم إلى طبقة، أو فئة معينة لها طابعها الخاص، وسمات وأوصاف تميزها دون غيرها، يتيح الفرصة لأن يحقق التأهيل فلسفته وأهدافه بأن يوجه إلى كل فئة الرعاية التى تلزمها ، أو الاهتمام النوعى بها، فمثلاً، ينتمى كل من به إعاقة مزدوجة أو أكثر إلى الفئة ذات العائق الأشد، ويكون تأهيله ورعايته من اختصاص الهيئة التى لديها الكفاءة والإمكانيات للعناية بأكثر المعوقات تعويقاً .

وينتج عن الإعاقة مجموعة من الآثار السلبية، يعانى منها كل من المعوق، والمجتمع الذى ينتمى إليه. وتكمن هذه الآثار فى كثير من المشكلات التى تسببها الإعاقة للمعوق وللمجتمع، ومن أمثلتها المشكلات المتعلقة بالنواحى الاقتصادية، والنفسية، والاجتماعية،

والتعليمية، والطبية، والإنتاجية والمجتمعية .

ولتوضيح كل ماسبق ، خصص هذا الفصل الإعاقة (أنواعها وأسبابها وآثارها) لعرض ومناقشة ثلاثة موضوعات :

أولهما : أنواع الإعاقة: وتم فيه مناقشة وعرض لأنواع الإعاقات سواء كانت إعاقة جسمية، أو حسية، أو عقلية، أو اجتماعية، أو مزوجة.

ثانيها : أسباب الإعاقة: وتم فيه مناقشة العوامل والأسباب المؤدية إلى الإعاقة، سواء كانت أسباب أو عوامل وراثية، أو أسباب وعوامل بيئية واجتماعية .

ثالثها : الآثار الناجمة عن الإعاقة وتم فيه مناقشة الآثار التى تُخلفها الإعاقة، ليعانى منها كل من المعوق والمجتمع، سواء كانت آثار اقتصادية ، أو نفسية ، أو اجتماعية، أو تعليمية، أو طبية، أو إنتاجية، أو مجتمعية، ويعانى منها كل من المعوق والمجتمع .

أولاً - أنواع الإعاقة :

تتعدد أنواع الإعاقة للعامل الذى يؤخذ فى الاعتبار عند التقسيم ، فمن الممكن أن يصنف المعوقين من حيث سبب العجز أو بحسب عامل الزمن أو بحسب ظهور العجز .

فإذا نظرنا إلى سبب العجز ، نجد أن هناك مجموعة من المعوقين يرجع عجزهم إلى أسباب وراثية أو خَلقية عن طريق انتقال بعض الأمراض أو العاهات من الآباء والأجداد إلى الأبناء، أو إصابة الجنين أثناء الحمل أو أثناء الوضع. ومجموعة أخرى من المعوقين يرجع عجزهم إلى أسباب مكتسبة غير وراثية أو خَلقية، مثل حوادث العمل، والطريق، وإصابات الحروب .. الخ .

وقد يصنف المعوقين بحسب عامل الزمن والثبات، مثل مجموعة المعوقين التى تضم ذوى العاهات المزمنة التى لايرجى شفاؤها، والمجموعة الأخرى من ذوى العجز الطارىء المائل للشفاء .

كما أن هناك من يصنفهم إلى أصحاب عجز ظاهر، وهم أصحاب العاهات البدنية أو الحسية الظاهرة كالمكفوفين ، أو المقعدين، والصم ، والبتر .. الخ ، وأصحاب عجز غير ظاهر، مثل مرضى القلب، والدرن وغيرهم من أصحاب الأمراض التى لاتبدو واضحة ظاهرة .

أما التصنيف الشائع بين العلماء، فيقسمهم حسب مجال العجز لى الفئات التالية [١] :

---

(١) أنظر كل من :

- محمد سيد فهمى ، **السلوك الاجتماعى للمعوقين – دراسة فى الخدمة الاجتماعية**، مرجع سابق، ص ٤٥ ، ٤٦.
- إقبال بشير ، سلوى عثمان الصديقى، **محاضرات فى الخدمة الاجتماعية الطبية**، مرجع سابق، ص ١٦٧، ١٧٠ .

١- المعوقون جسمياً :

ليس المقصود بالإعاقة الجسمية حالات الأمراض العارضة أو حتى المزمنة التى لايترتب عليها عجزاً حقيقياً فى قدرة الإنسان الطبيعية عن أداء دوره الاجتماعى، ولكن يعنى بها الإصابة الجسدية التى لها صفة الدوام، والتى تؤثر تأثيراً حيوياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية، سواء أكان تأثيراً تاماً ، أو نسبياً .

كما يقصد بالإعاقة الجسمية، كل ما يتصل بالعجز فى وظيفة الأعضاء الداخلية للجسم، سواء كانت أعضاء متصلة بالحركة كالأطراف أو المفاصل، أو أعضاء متصلة بعملية الحياة البيولوجية كالقلب أو الرئتين أو الكليتين وما إلى ذلك .

وعلى ذلك ، يكون المعوقون جسمياً، هم من لديهم عجز فى الجهاز الحركى أو البدنى بصفة عامة كالكسور والبتر ، وكذلك أصحاب الأمراض المزمنة كشلل الأطفال ، والدرن، والقلب وغيرهم .

٢- المعوقون حسياً :

تكمن قدرة الإنسان فى اتصاله بمن حوله، وإدراكه بما حوله على سلامة حواسه الحيوية، المتمثلة فى حاسة السمع، والبصر، والشم ، واللمس ، والتذوق . ولذا يمكن القول أن المعوقون حسياً هم من لديهم عجز فى أحد أجهزتهم الحسية. مثل المكفوفين والصم، والبكم ، وغيرهم .

٣- المعوقون عقليا :

وهم مرضى العقول وضعافها .

وتتضمن الإعاقة العقلية إما نقصا فى التكوين العقلى أو فى أعضاء المخ مثل حالات الضعف العقلى ، وإما خلل فى التفكير، مثل حالات المرض النفسى والمرض العقلى بأشكاله المختلفة .

وتُعَرف الإعاقة العقلية بأنها تلك الإعاقة الناجّة عن عجز التنظيم العقلى والنفسى للفرد عن التكيف الصحى مع بيئته الاجتماعية إلى حد بلوغ مستوى من السلبية الاجتماعية. فهى إعاقة الفرد على الإدراك والتصرف المناسب فى المواقف المختلفة، إلى جانب الفشل الدائم على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين .

ومن أهم الإعاقات العقلية، والتى لها تأثيراً واضح فى سلوك الإنسان :

- الضعف العقلى بدرجاته [1] المعتوهون ، البلهاء، المأفونون (الموررن) .

- الأمراض النفسية والعقلية كالفصام والبارانويا ، وذهان الهوس والاكتئاب .

٤- المعوقون اجتماعياً :

وهم الأفراد الذين يعجزون عن التفاعل والتكيف السليم مع بيئاتهم، وينحرفون عن معايير وثقافة مجتمعهم، كالمجرمين والجانحين ،

---

(١) – المعتوهون : نسبة الذكاء لديهم تقل عن ٢٥ .

– البلهاء : نسبة الذكاء لديهم تتراوح ما بين ٢٥ – ٥٠ .

– المأفونون : نسبة الذكاء لديهم تتراوح ما بين ٥٠ – ٧٥ مع ملاحظة أن نسبة ذكاء الطفل الطبيعى تتراوح ما بين ٩٠ – ١١٠ ونسبة ذكاء الطفل العبقرى تتخطى الـ ١١٠ .

والمتشردين، وغيرهم .

الإعاقة المزدوجة :

ليس الهدف من تصنيف المعوقين هو مجرد وضعهم فى فئات إحصائية أو تقسيمهم إلى طبقات لكلٍ سماتها أو أوصافها للتفرقة فيما بينها، وإنما يكمن الهدف من تصنيف المعوقين فى مواجهة احتياجات المعوق التربوية والتأهيلية حيث أن تصنيف المعوقين أو نسبتهم إلى طبقة، أوفئة معينة لها طابعها الخاص ، وسمات وأوصاف تميزها دون غيرها، يتيح الفرصة لأن يحقق التأهيل فلسفته وأهدافه، بأن يوجه إلى كل فئة الرعاية التى تلزمها، أو الاهتمام النوعى بها .

وكقاعدة تأهيلية عامة، ينتمى كل من به إعاقة مزدوجة أو أكثر إلى الفئة ذات العائق الأشد ، وبعبارة أخرى، يكون تأهيله وتربيته ورعايته من اختصاص الهيئة أو المؤسسة أو المعهد الذى لديه الكفاءة والإمكانيات للعناية بأكثر المعوقات تعويقاً .

ونستطيع أن نمثل لما تقدم بحالة الكفيف الأصم، إن مثل هذه الإعاقة المزدوجة، ينصح بانتمائها إلى فئة المكفوفين، وبعبارة أخرى، يجرى تحويلها إلى هيئة أو معهد المكفوفين، وذلك للمبررات الآتية :

١- يؤثر كف البصر على حركية المعوق فيعوقه عن الاتصال بعالم المادة والأشياء، فى حين أن صلة الأصم بهذه الأجواء تظل بلا تعويق يذكر ، ولكن الصلة بالناس يصيبها وهن وقطيعة، وبعبارة أخرى ، عائق الأصم متصل بالمعانى الكلية، أما عائق الكفيف فهو متصل

بالمعانى الجزئية فإذا ازدوج العائقان، كان اللمس وأساليبه مصدر الخبرة والإدراك الكلى والجزئى .

٢- القراءة بالإشارة المبصرة سبيل التفاهم عند الأصم المبصر، أما القراءة بالشفاه أو اللمس أو الحس فى أى صورة، فهى وسائل استقبال الكلمة وسبيلها إلى الذهن عند الكفيف الأصم وهى أداة الاتصال بالعالم الخارجى، ولابد من تحويلها إلى رموز بارزة «طريقة برايل» المصطلح عليها فى تربية وتأهيل المكفوفين .

على ضوء ما تقدم يمكن قياس حالات أخرى من الإعاقات المزدوجة ويبدى الرأى إلى أى فئات المعوقين تنتمى ، وبالتالى أية هيئات أو معاهد تربوية أو تأهيلية تحال إليها للعناية بها [1] .

ثانيا - أسباب الإعاقة :

يمكن تقسيم أسباب الإعاقة إلى سببين رئيسيين ، هما:

- أسباب وراثية جينية .
- أسباب بيئية واجتماعية .

١- الأسباب الوراثية الجينية :

وهى مجموعة الأمراض ، والعاهات ، أو الاستعداد للأمراض التى تنتقل عن طريق الجينيات - الموجودة فى كروموزومات الخلية - من

---

(١) أنظر : محمد عبد المنعم نور ، **الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية** ، مرجع سابق ، ص ١٦٣ ، ١٦٤ .

الآباء والأجداد ، إلى الأبناء والأحفاد ، أى تنتقل من جيل إلى جيل حسب قوانين الوراثة .

ومن أمثلة ذلك ، الاستعداد الموجود عند بعض الأسر لسيولة الدم (عدم توقف النزيف) ، والاستعداد للإصابة بمرض السكر، وكذلك ضمور العصب البصرى، وبعض حالات أمراض القلب ، ونقص إفرازات الغدة الدرقية، وحالات الصمم، والأمراض العقلية، والضعف العقلى .

وبصفة عامة، يمكن القول أن حالات الإعاقة الراجعة إلى أسباب الوراثة الجينية، أقل من حالات الإعاقة التى ترجع إلى الأسباب البيئية والاجتماعية .

٢- الأسباب البيئية والاجتماعية :

وهى حصيلة المؤثرات الخارجية التى بدأت تلعب دورها منذ الحمل حتى الوفاة، وتسير مع قوى الوراثة الجينية منذ نشأتها فى علاقة تفاعلية، وتشمل عدة مؤثرات ، منها ماقبل الحمل ، ومنها ما بعد الحمل ، ومنها أثناء الولادة، وأخيراً ما بعد الولادة .

أ- مؤثرات ماقبل الحمل :

وتعنى أن الضعف العام لصحة الأم ،وسوء تغذيتها وأهمالها فى رعاية صحتها، واكتسابها عادات صحية غير سوية قبل الحمل، مما يؤدى بلا شك ، إلى كثرة تعرضها وإصابتها بأمراض مختلفة مما يكون له أكبر الأثر على صحة الجنين الذى سوف تحمله فيما بعد .

ب - مؤثرات ما بعد الحمل وقبل الولادة :

وتعنى تعرض الجنين للإصابة نتيجة إصابة الأم بمرض معين فمثلاً إصابة الأم بمرض الحصبة الألمانية فى بداية الحمل، يؤدى إلى احتمال تعرض الجنين لإصابة العين والقلب .

كما أن نوع التغذية ، وحالة الأم الصحية، والنفسية من أهم العوامل التى يتوقف عليها ما إذا كان الطفل سوف يولد سوياً أو غير سوياً .

جـ - مؤثرات أثناء الولادة :

ويعنى بها العوامل التى قد يتعرض لها الجنين أثناء عملية الولادة ذاتها مثل الاستعانة بغير المتخصص فى التوليد مما يؤدى الى مضاعفات غير حميدة للأم والجنين، أو الإهمال فى النظافة أثناء الولادة، وعدم غسل عينى الطفل، قد يؤدى للإصابة بالرمد الصديدى وهو من عوامل فقد البصر، وتقدم موعد الولادة عن الموعد الطبيعى قد يؤدى إلى إصابة الطفل بنزيف فى المخ وهكذا .

د - مؤثرات بعد الولادة :

وتعنى مجموعة العوامل التى يتعرض لها الإنسان أثناء ممارسته لحياته، مثل الإصابة بالأمراض الشديدة كشلل الأطفال، والحمى الروماتزمية، والدرن، أو الإصابة الناتجة عن حوادث الطريق أو حوادث العمل أو الحرب ، وغير ذلك.

ثالثاً : الآثار الناتجة عن الإعاقة :

ينتج عن الإعاقة مجموعة من الآثار السلبية، والتي يعاني منها المعوق من جانب ، والمجتمع من جانب آخر ، وتكمن هذه الآثار في مجموعة المشكلات التي تسببها الإعاقة للمعوق وللمجتمع، ومن أمثلتها المشكلات الاقتصادية ، والمشكلات النفسية، والمشكلات الاجتماعية، والمشكلات التعليمية، والمشكلات الطبية، والمشكلات الإنتاجية .

وفيما يلي سنتناول بالمناقشة كلاً منها على حدة :

١- الآثار الاقتصادية :

يترتب على الإصابة، أو الإعاقة، انقطاع الفرد عن العمل ومن ثم انخفاض دخله، بجانب زيادة مصاريفه، فمع أن المادة رقم ٤٩ من قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ تعطيه الحق في صرف تعويض عن الأجر خلال فترة تخلفه عن عمله بسبب الإصابة يعادل أجره المسدد عنه الاشتراك، ويستمر صرف ذلك التعويض طوال مدة عجز المصاب عن أداء عمله، أو حتى ثبوت العجز المستديم أو حدوث الوفاة - كما يعطيه الحق في صرف تعويض عن أجره المتغير والذي يحسب على أساس متوسط ما حصل عليه من أجور متغيرة في السنة السابقة لحدوث الإصابة، أو مدة الاشتراك عن الأجور المتغيرة إن كانت تقل عن سنة، إلا أن دخل بعض الأفراد سوف ينخفض، فربما يكون صاحب العمل مؤمناً عليه بأجر أقل مما يتقضاه فعلاً أو كان يعمل لدى الغير أو لحسابه الخاص في غير أوقات عمله الأصلي، أو

كان يعمل عملاً حراً لحسابه دون أن تكون لديه وظيفة تدر عليه أجراً ثابتاً .

وبذلك تكون الإصابة، أو الإعاقة، سبباً فى انخفاض دخله، فى حين أن مصاريفه فى ذات الوقت تتزايد نتيجة ماينفقه على ما يحتاجه من غذاء وما يتكبده من مصاريف تنقلات أفراد أسرته لزيارته، وما يصرف فى كرم الضيافة للأقارب والأصدقاء، وغير ذلك من مصروفات طارئه [1] .

وهنا يبرز دور الخدمة الاجتماعية عن طريق مجهودات الإخصائى الاجتماعى، للعمل على توفير المساعدات المالية المناسبة والتى تعين المعوق وأسرته على نفقات الحياة خلال فترة علاجه أو تأهيله .

٢- الآثار النفسية :

فوق هذه المعاناة المادية التى يتعرض لها ويتكبدها المعوق نتيجة إصابته، فإنه يتعرض كذلك إلى آلام نفسية تكون أشد ألما وأكثر أثراً، خاصة إذا كانت الإصابة جسمية، ونتج عنها تشويه فى جسده، أو فقده لأحد أطرافه فهو يشعر بالضعف والخجل والارتباك كلما واجه أصدقاءه و زملاءه، وربما يصاب بصدمات نفسية وعصبية عندما يجد نفسه عاجزاً عن كسب قوته، وقد أصبح فى حاجة إلى مساعدة الآخرين، يصبح غير راض عن مصيره وحاله وتنتابه الهواجس والهموم فحاضره

---

١) إبراهيم عبد الهادى محمد المليجى، العوامل الاجتماعية المرتبطة بإصابات العمل فى الصناعة ودرر الخدمة الاجتماعية فى مواجهتها ، مرجع سابق، ص ١٣٠ .

مؤلم، وغده مظلم، ويظل يقاسى من ذلك جميعاً لفترات طويلة يعانى خلالها آلاما نفسية شديدة [1] .

ولقد حاول العديد من علماء علم نفس المعوقين الانتهاء إلى سمات محددة لعالم المعوقين من خلال المؤتمر الدولى الثامن لرعاية المعوقين عام ١٩٦٨ بنيويورك، إلى مجموعة من السمات لخصها الدكتور كليمك Klimke فى الآتى [2] :

- الشعور الزائد بالنقص ، مما يعوق تكيفه الاجتماعى .
- الشعور الزائد بالعجز، مما يولد لديه الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة .
- عدم الشعور بالأمن، مما يولد لديه القلق والخوف من المجهول .
- عدم الاتزان الانفعالى، مما يولد مخاوف وهمية مبالغ فيها .
- سيادة مظاهر السلوك الدفاعى، وأبرزها الإنكار، والتعويض، والإسقاط ، والأفعال العكسية، والتبرير .

وهنا يبرز دور الخدمة الاجتماعية عن طريق الإخصائى الاجتماعى مع مثل هذه المشاعر السلبية، ومظاهر السلوك الادفاعى، ليساعد المعوق ويعينه على استعادة استقراره النفسى، وتوازنه الانفعالى .

---

(١) المرجع السابق، ص ١٣١ .

(٢) محمد سيد فهمى، دور الخدمة الاجتماعية فى دعم وتطوير السلوك الايجابى عند المعوقين، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الاسكندرية، ١٩٨١، ص ٣٨.

٣- الآثار الاجتماعية :

ونعنى بها المواقف التى تضطرب فيها علاقات الفرد بمحيطه داخل الأسرة وخارجها خلال أدائه لدوره الاجتماعى، أو ما يمكن أن نسميه بمشكلات سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية الخاصة لكل فرد. وتظهر هذه الآثار فى شكل العديد من المشكلات، منها ما يتعلق بالأسرة، والآخر يتعلق بالترويح، والثالث يتعلق بالصداقات، والأخير يتعلق بالعمل .

أ- المشكلات الأسرية :

إن إعاقة الفرد ، هى إعاقة لأسرته فى نفس الوقت ، حيث أن الأسرة بناء اجتماعى يخضع لقاعدة التوازن الحدى، ووضع المعوق فى أسرته يحيط بعلاقاتها قدر من الاضطراب ، طالما كانت إعاقته تحول دون كفايته فى أداء دوره الاجتماعى بالكامل. كما أن سلوك المعوق المسرف فى الغضب أو القلق أو الاكتئاب، تُقابل من المحيطين به بسلوك مسرف بالشعور بالذنب والحيرة والضجر، مما يقلل من توازن الأسرة وتماسكها.

ب - المشكلات الترويحية :

إن العاهة تؤثر فى قدرة المعوق على الاستمتاع بوقت الفراغ حيث تتطلب منه طاقات خاصة لاتتوافر عنده، مما يؤدى به إلى الانطواء وحب العزلة .

جـ - مشكلات الصداقة :

إن عدم شعور المعوق بالمساواة مع زملائه وأصدقائه، وسيطرة مشاعر النقص لديه من جانب، وعدم شعور أصدقائه بكفايته لهم من جانب آخر يؤدى إلى استجابات سلبية من قِبل المعوق، فينكمش على ذاته، وينسحب من هذه الصدقات .

د - مشكلات العمل :

كما قد تؤدى الإعاقة إلى ترك المعوق لعمله، أو تغيير دوره ليتناسب مع وضعه الجديد، فضلاً عن المشكلات التى تترتب على الإعاقة فى علاقاته برؤسائه وزملائه (١) .

وهنا يبرز دور الخدمة الاجتماعية عن طريق تدخل الإخصائى الاجتماعى بمجهوداته المهنية، لمعاونة المعوق على استعادة استقراره الاجتماعى، وذلك بمعاونته على التغلب على مشكلاته الأسرية من جانب، والعمل مع أفراد أسرة المعوق لتبصيرها بما يجب أن تُبصّر به من أمور فى علاقتها بعضو الأسرة المعوق من جانب آخر، كما يعاون الإخصائى الاجتماعى المعوق فى اختيار ما يناسب قدراته وإمكانياته من وسائل ترفيهية ليستمتع بممارستها وقت فراغه، وأيضاً تمتد جهود الإخصائى الاجتماعى إلى مجال عمل وصداقات المعوق ليساعده على استعادة صداقاته، أو تكوين صداقات جديدة من جانب، ومعاونته فى حل المشكلات التى تتعلق بمجال عمله من جانب آخر .

---

(١) المرجع السابق ، ص٣٨ .

٤- الآثار التعليمية :

من أهم المشكلات التعليمية عدم توفر مدارس خاصة وكافية للمعوقين على اختلاف أنواعهم، مما يترتب على ذلك الحاقهم بمدارس الأطفال الأسوياء وبالتالى قد تحدث آثار نفسية سلبية نتيجة الرهبة والخوف الذى ينتاب بعض التلاميذ عند رؤية المعوق، مما يؤثر فى ردود أفعال المعوق، الذى قد يسلك سلوكاً إنسحابياً أو عدوانياً. كما قد يكون للعاهة تأثيراً على قدرة الفرد على استيعاب دروسه (١) . مما يزيد المعوق إحساساً بفقد الثقة فى النفس ،أضف إلى ذلك، أن الطفل المعوق قد يدفعه حماسه لممارسة بعض الأنشطة مع أقرانه من الأطفال الأسوياء، وغالباً ما يُصاب فى نهاية الأمر بالإحباط مما يؤدى إلى مزيد من مشاعر النقص لديه. كما أن الإعاقة قد تؤثر على درجة استيعاب الطفل من جانب أو صعوبة انتقاله إلى مقر الدراسة من جانب آخر أو رفض المعوق للدراسة ومقاومته لها خجلاً من مواجهة أقرانه بعاهته من جانب ثالث ، وكلها أمور تُعرقل من استمرار المعوق فى تحصيل العلم .

وهنا يبرز دور الخدمة الاجتماعية عن طريق تدخل الاخصائى الاجتماعى بمجهوداته المهنية، لمعاونة المعوق على الاستفادة بأكبر قدر ممكن من فرص التعليم المتاحة، وذلك عن طريق قيام الإخصائى الاجتماعى بعمليات تبصير لزملاء المعوق بكيفية معاملته من جانب،

---

(١) أنظر: إقبال بشير ، سلوى عثمان الصديقى، **محاضرات فى الخدمة الطبية والتأهيلية**، مرجع سابق ، ص ١٧٣ .

وتبصير مدرسيه بإمكانيات الاستيعاب لديه من جانب أخر، كما يساعد الإخصائى الاجتماعى الطالب المعوق فى اختيار برامج النشاط التى تتناسب مع إمكانياته وقدراته، حتى يستطيع المعوق أن يشبع من خلالها احتياجاته وهواياته .

٥- الآثار الطبية :

وتظهر هذه الآثار فى شكل مجموعة من المشكلات تواجه المعوق أهمها [١] :

- عدم معرفته الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الإعاقة .
- طول فترة العلاج الطبى لبعض الأمراض كأمراض الدرن، والقلب .
- عدم توافر مراكز كافية للعلاج المتميز للمعوقين بمستشفيات خاصة تراعى ظروفهم ومشاكلهم.
- عدم توافر المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعى، وخاصة فى المحافظات مع عدم توافر الفنيين والأجهزة الفنية لهذا العلاج.

وهنا أيضًا يبرز دور الخدمة الاجتماعية عن طريق تدخل الإخصائى الاجتماعى بجهوده المهنية، فيبصر المعوق بأسباب، وطبيعة إعاقته وكيفية استغلال ما تبقى لديه من قدرات لممارسة حياته، واقناعه

---

(١) محمد سيد فهمى ، دور الخدمة الاجتماعية فى دعم وتطوير السلوك الإيجابى عند المعوقين، مرجع سابق، ص ٣٨ .

باتباع خطط العلاج وعدم الإهمال فى تنفيذها مهما طالت المدة، وذلك لعدم حدوث مضاعفات أو انتكاس الحالة .

٦- أثر الإعاقة علي الإنتاج :

إن زيادة عدد الإصابات والاعاقات تؤدى إلى ضعف الإنتاج وزيادة تكاليفه نتيجة لتعطل الأيدى العاملة للمصابين، كما تتعطل الآلات التى يعملون عليها لصعوبة توفر الأيدى العاملة التى يمكن أن تحل محل العمال المصابين وإذا وجد العامل الذى يحل محل المصاب، فعدم درايته بالعمل، وجهله بالنظام والإجراءات داخل المصنع، يحد من نشاطه ، ويضعف من إنتاجه، وإذا كانت فترة الإصابة قصيرة، فإن صاحب العمل يفضل ترك الأله بغير عامل لحين عودة العامل المصاب.

ويتضح من ذلك، أن الإصابة أو الإعاقة، تؤدى إلى ضعف الإنتاج من جانب كما تزيد من المصاريف والنفقات التى يتكبدها صاحب العمل ، ومن ثم ترتفع تكاليف الإنتاج، كما تقل عدد الوحدات المنتجة، الأمر الذى يرتفع معه سعر التكلفة للوحدة الإنتاجية، مما يلزم معه رفع الثمن وبارتفاع الثمن يقل الطلب على السلعة، وبذلك يكون صاحب العمل عاجزاً عن منافسة غيره من المنتجين. فالمستهلك يطلب دائما الصنف الأحسن جودة، والأرخص سعراً والمصنع الذى لايرضى عملاءه محكوم عليه بالفشل [1] .

(١) عبد الحميد غريب عوض، أثر الإصابة فى محيط العمل، أبحاث مؤتمر الأمن الصناعى، جمعية إدارة الأعمال والعلاقات الصناعية- القاهرة ، ٢٩ - ٣١ يناير ، ١٩٦٠ ، ص ١١١ .

وهنا يبرز دور الخدمة الاجتماعية عن طريق تدخل الإخصائى الاجتماعى بجهوده المهنة، سواء للوقاية من إصابات العمل داخل المصنع، أو للعلاج أثناء فترة إصابة العامل وتأهيله، ثم توجيهه إلى ما يناسبه من أعمال تناسب إمكانياته وقدراته بعد ثبات نسبة العجز لديه. بالإضافة إلي عمليات التبصير الذى يجريها الإخصائي الاجتماعى لرؤسائه، وزملائه فى العمل، وأيضاً تمتد جهود الإخصائى الاجتماعى لتصل إلى أسرة المعوق، لتبصيرها بما يجب أن تُبَصر به قِبل معاملة عضو الأسرة المعوق وإمكانياته واحتياجاته .

٧- أثر الإعاقة على المجتمع :

المجتمع السليم هو عماد الدولة القوية، وسلامة المجتمع يكون فى سلامة أفراده وتمثل الموارد البشرية أهم الموارد بالنسبة لمجتمعنا، فإذا تعرض أفرادها إلى أى خطر ، كان لذلك أسوأ الأثر، وأوخم العواقب على المجتمع كله .

والإصابة أو الإعاقة بالنسبة للمجتمع، تُسبب أضراراً اجتماعية لاحصر لها فكُلما زادت نسبة الإصابات، زاد عدد العجزة المعوقين والعاطلين والمحتاجين، ومن هنا تنشأ المشاكل الاجتماعية التى تُكبد المجتمع الكثير من الأموال، وإهدار الكثير من أوقات العمل. فالمعوق هو أحد أفراد المجتمع يتأثر من الإصابة والإعاقة فى دخله، وفى صحته، ويؤثر ذلك فى أسرته فيخل رباطها، ويتشرد أفرادها، خاصة عندما تفقد

عائلها نتيجة عجزه عن العمل والكسب. كذلك تتأثر قوة العمل بزيادة تعدد المصابين والمعوقين من القوى العاملة، فتضعف قوتها ويقل إنتاجها، وتصبح عاجزة عن مسايرة التطور، ومواصلة الكفاح والنضال في ميدان الصناعة والإنتاج، ومن ثم ينخفض مستوى المعيشة وينتشر الكساد والفقر والمرض في المجتمع، وتتزايد تبعات الدولة، وينخفض مستواها الاجتماعي والاقتصادى [1] .

وهنا يبرز أهمية تدخل الخدمة الاجتماعية عن طريق جهود الإخصائى الاجتماعى الذى يعمل على نشر الوعى الوقائى بين أهالى المجتمع بصفة عامة وبين فئات الأهالى التى تصطبغ طبيعة عملهم بالخطورة بصفة خاصة .

ولقد شد انتباهى فى هذا المقام، ما جاء بتقرير شعبة الخدمة الصحية عن الأمن الصناعى فى مصر، والمقدم للمجلس القومى للخدمات فى نوفمبر عام ١٩٨٦ ، أن أحد القضاه من الشباب فى فرنسا، قد حكم علي أحد أصحاب الأعمال بالسجن المؤبد لادانته عن إصابة أحد العمال بمصنعه بكسر فى العمود الفقرى ، وحكم فى نفس الإسبوع على صاحب عمل آخر بنفس العقوبة لإدانته عن إصابة أحد عماله بكسر مركب فى الفخذ أدى إلى بتر الساق ، الأمر الذى جعل أصحاب الأعمال يشنون على هذا القاضى حملة صحفية شرسة

(١) المرجع السابق، ص١١٢.

متهمينة بالشيوعية تارة، وبالدكتاتورية على أنه هتلر جديد تارة أخرى. فكان دفاعه أنه وطنى ، غيور على مصلحة بلاده فرنسا، وإلا ستكون الغالبية العظمى من عمال فرنسا بعد بضع سنين وقد أصبحوا عمالاً عاجزين مما يعرض الوطن للوقوع فى كارثة اقتصادية، وتصبح فرنسا من عداد دول العالم الثالث [1] .

(١) المجالس المتخصصة، شعبة الخدمة الصحية، تقرير عن الأمن الصناعى فى مصر، نوفمبر عام ١٩٨٦، ص ٩ .

الفصل الثالث

احتياجات المعوقين وتأهيلهم

أولاً : احتياجات المعوقين وبرامج رعايتهم :

- احتياجات المعوقين .
- برامج رعاية المعوقين .

ثانيًا : التأهيل المهنى للمعوقين ومشكلاته :

- تعريف الرعاية الاجتماعية للمعوقين .
- تعريف التأهيل .
- خطوات التأهيل المهني .
- مشكلات العملية التأهيلية .
- أجهزة تأهيل المعوقين .

تمهيد :

التأهيل المهنى من أهم مجالات الرعاية الاجتماعية، وأساس العمل فيه مساعدة ذوى العاهات على العمل، واستثمار ما تبقى لديهم من إمكانيات وقدرات. فليس كل من فقد عضواً من أعضائه أصبح عاجزاً، بل لايزال لكل فرد من ذوى العاهات من القدرات، ما يمكن اكتشافه، وتدريبه، وتنميته، والاستفادة منها فى أشكال مختلفة من الأعمال والحرف الملائمة. وذلك عن طريق توجيه هؤلاء الأفراد مهنياً، وتدريبهم على المهن المناسبة لما تبقى لديهم من إمكانيات، ومنحهم فرص العمل، والاعتماد على النفس ، مما يؤدى إلى ارتفاع مستواهم الاجتماعى والاقتصادى .

ولقد أوصت مؤتمرات العمل الدولية المتتابعة، على أنه ينبغى توفير خدمات التأهيل المهنى لجميع العاجزين، مهما كان سبب عجزهم وطبيعته وفى جميع الأعمار، طالما أمكن إعدادهم، وكان لديهم إمكانيات تصلح للقيام بعمل مناسب. فالعمل فى حد ذاته، هو حق الحياة من حيث هو التأكيد الواقعى لوجود الإنسان وقيمته، فالتأهيل المهنى، عملية تستهدف تشغيل الفرد العاجز، ومساعدته، حتى يتكيف للحياة العملية مرة أخرى [1] .

ولتوضيح ما سبق، خُصص هذا الفصل (احتياجات المعوقين وتأهيلهم) لعرض ومناقشة موضوعين :

---

(١) محمود حسن ، **مقدمة الرعاية الاجتماعية**، مرجع سابق، ص ٦٨٠ .

أولهما: احتياجات المعوقين وبرامج رعايتهم : وتم فيه مناقشة احتياجات المعوقين، سواء كانت احتياجات بدنية، أو إرشادية، أو تعليمية، أو تدريبية ، أو مهنية ، أو اجتماعية، ثم مناقشة وعرض برامج رعاية المعوقين، سواء كانت خدمات وقائية، أو خدمات حصر وتسجيل ، أو خدمات طبية، أو نفسية، أو اجتماعية أو تعليمية أو مهنية .

ثانيهما : التأهيل المهنى للمعوقين ومشكلاته : وتم فيه مناقشة تعريف مفهوم الرعاية الاجتماعية للمعوقين، وأيضاً مناقشة بعض تعريفات التأهيل من خلال كتابات رواد العمل الاجتماعى، والإخصائيين الاجتماعيين، والمتخصصين فى المجال التأهيلى ، كما نوقشت خطوات التأهيل المهنى ومراحله، سواء كانت مرحلة الحصر، أو مرحلة الإعداد الجسمى، أو مرحلة البحث الاجتماعى، أو مرحلة الاختبار النفسى، أو مرحلة التوجيه المهنى، أو مرحلة التدريب المهنى. أو مرحلة التتبع. ثم مناقشة مشكلات العملية التأهيلية، وأخيراً تم عرض لأجهزة تأهيل المعوقين سواء كانت مكاتب التأهيل، أو مراكز التأهيل، أو المصانع الخاصة، أو مؤسسات التثقيف الفكرى، أو مصانع الأجهزة التعويضية .

أولاً : احتياجات المعوقين وبرامج رعايتهم :

إحتياجات المعوقين :

المعوق إنسان له حاجاته التي يود إشباعها كغيره من بني جنسه من جانب ، وله حاجاته الخاصة به، والتي أحدثتها ظروف الإعاقة التي استحدثت عليه من جانب آخر .

ولقد قام أحد المهتمين بهذا المجال بتصنيف احتياجات المعوقين إلى [1] :

١- إحتياجات بدنية : لاستعادة لياقته البدنية، وهذا يتطلب توفر الأجهزة التعويضية .

٢- إحتياجات إرشادية : كي يتقبل إعاقته مما يؤدى إلى تكيفه من جانب وتنمية شخصيته من جانب آخر .

٣- إحتياجات تعليمية : بتوفير فرص التعليم المتكافىء لمن هم فى سن التعليم، مع الاهتمام بتعليم الكبار وذلك عن طريق فصول خاصة، أو مؤسسات خاصة بهم تناسب قدراتهم وإمكانياتهم .

٤- إحتياجات تدريبية : بتوفير فرص ومؤسسات التأهيل المهنى لتأهيل المعوق وتدريبه على ما يناسب إمكانياته وقدراته وظروف إعاقته .

٥- إحتياجات مهنية : وتتمثل فى تهيئة سبل التوجيه المهنى المبكر والاستمرار فيه، لحين الانتهاء من العملية التأهيلية وإصدار التشريعات فى محيط تشغيلهم وتوفير فرص العمل التى تناسب قدراتهم.

---

(١) محمد عبد المنعم نور، الخدمة الاجتماعية والتأهيلية، مرجع سابق ، ص ١٦٥ - ١٦٦.

٦- إحتياجات اجتماعية : وتتمثل فى توثيق صلات المعوق بمجتمعه من جانب، وتعديل نظرة المجتمع إليه من جانب وذلك لتوفير فرص الاحتكاك والتفاعل التكافىء مع بقية المواطنين والعمل على إدماجه مع المجتمع ،وأيضاً تمكين المعوق من إقامة علاقات أسرية سوية .

برامج رعاية المعوقين :

فى ضوء الاحتياجات السابقة، يتضح أن هناك مجموعة من الخدمات، يجب أن تقدم فى مجـــال رعاية المعوقين و وذلك لوقاية أفراد المجتمع من الوقوع فى الاعاقة من جانب، أو لإشباع إحتياج الذين وقعوا منهم فى الإعاقة من جانب آخر، ويمكن أن نوجز هذه الخدمات فيما يلى :

١- الخدمات الوقائية :

لاينبغى إغفال الجانب الوقائى عند معالجتنا لمشكلة المعوقين إذ لايمكن أن يكون للخدمات المبذولة فى هذا الميدان الطابع الإيجابى دون أن تمتد أثاره إلى مصادر المشكلة وجوانبها المختلفة بهدف الحد من تفاقمها. ولذا شرعت الدولة اللوائح والقوانين لحماية أفراد المجتمع من أخطار الصناعة، والطرق، وحماية البيئة، وإجراءات تدعيم الصحة كإجراء غير مباشر للوقاية من حدوث الإعاقة، وذلك عن طريق التوعية بأساليب التغذية السليمة، ورعاية الحوامل والتحصين ضد الأمراض المعدية والتى قد تؤدى إلى إعاقات جسمية كشلل الأطفال، أو حسية ككف البصر. كما أن للاكتشاف المبكر للأمراض وسرعة علاجها، يؤدى إلى الوقاية من أى عجز قد ينتج عنها .

٢- خدمات الحصر والتسجيل :

إن الاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة ، وتحويلها فى الوقت المناسب للجهات الطبية المتخصصة، لذو أهمية بالغة فى نجاح عملية العلاج من جانب، والتأهيل من جانب آخر .

ويتوقف اكتشاف الحالات على تنظيم عمليات الحصر والتسجيل وتنسيق وتكامل جهود الخبراء والمتخصصين فى هذا المجال، مما يساعد على تحديد حجم مشكلة المعوقين من جانب ، والتخطيط لمواجهتها من جانب آخر .

٣- الخدمات الطبية :

ويقُصد بها الإشراف الصحى العام على المعوقين، سواء كان ذلك من أجل علاج العاهة أو أى مرض آخر، ويجب أن يتسم الإشراف الطبى بالتتبع والاستمرارية، مع تركيز الاهتمام على العلاج الطبيعى، خاصة فى حالات الإعاقة الجسمية، وذلك يتطلب توافر الأجهزة اللازمة لذلك من جانب، وتوفر الأجهزة التعويضية من جانب آخر .

٤- الخدمات النفسية :

للإعاقة تأثير شديد فى اضطراب الاتزان الانفعالى للفرد مهما كانت درجة صحته النفسية، ونادراً ماينجح المعوق بنفسه فى استعادة تكيفه مع بيئته باكتشاف الإمكانيات الباقية له، وتقبل وضعه الجديد ولكن غالباً ما يعجز المعوق عن ذلك، فيحاول إخفاء نواحى قصوره أو

عجزه، أو يميل نحو العزلة والانطواء، أو يلجأ للمبالغة والتهويل نحو إصابته لاستدرار العطف والاهتمام. ولذا ، فالمعوق فى حاجة إلى الخدمات النفسية لتساعده على اكتشاف ما تبقى لديه من إمكانيات وتغيير نظرته لنفسه لاستعادة ثقته فى ذاته، وإعادة توازنه الانفعالى حتى يمكنه الاستفادة من إمكاناته المتاحة .

٥- الخدمات الاجتماعية :

وهى تعنى بدراسة كل ما يتعلق بالظروف الاجتماعية للمعوق سواء كانت ظروف بيئية، أو أسرية ، أو مهنية، أو تاريخه المرضى (الإعاقة)، وذلك باستخدام الأساليب المهنية للخدمة الاجتماعية لمساعدته على التغلب على المشاكل التى تواجهه أو تواجه أسرته .

كما تعنى باستغلال إمكانيات المؤسسة لمساعدة المعوق على التكيف مع بيئته الجديدة بالمؤسسة، وتزويد المعوق بالعادات الاجتماعية والخلقية السوية من خلال البرامج الاجتماعية التى يشترك فيها سواء كانت على مستوى الفرد أو الجماعة أو مجتمع المؤسسة العلاجية .

فضلاً عن اعتنائها بالمؤتمرات والندوات والبحوث العلمية وبرامج التدريب المختلفة، وذلك لتوعية الجماهير بأساليب مشكلات المعوقين وتحسين اتجاهات المجتمع نحوهم .

٦- الخدمات التعليمية :

يحتاج المعوق لفصول أو مؤسسات تعليمية خاصة بهم ومدرسين

متخصصون فى تعليم الشواذ وفقاً لنوع العاهة، ومفاهيم وبرامج دراسية تتفق وقدرات وإمكانيات كل معوق .

٧- الخدمات المهنية :

ويمكن النظر إليها من ثلاثة جوانب هى :

- **الجانب الأول :**

تأهيل المعوق مهنياً، وذلك من خلال برنامج يهدف إلى إعادة المعوق للعمل الملائم له، فى حدود ماتبقى له من قدرات بقصد مساعدته على تحسين أحواله المادية والنفسية. فهى تسعى إلى إعداده مهنياً، ليتكيف مع وضعه الجديد [١] .

وعلى الرغم من أن الجميع يتفقون على الهدف الأساسى لعملية التأهيل، إلا أنهم يختلفون فيما بينهم فى تعريفه، ولقد ظهر رأيان فى هذا الصدد [٢] :

الرأى الأول : يعتقد أصحابه أن هناك فرق بين التأهيل والعلاج بسبب اختلاف كل منهما، وأن كل منهما مكمل للآخر .

---

(١) أنظر : إقبال بشير ، سلوى عثمان الصديقى، محاضرات فى **الخدمة الاجتماعية والتأهيلية**، مرجع سابق، ص ١٧٧ - ١٧٩.

(2) Richard butler, **Behaviour and Rehapilitation**, London, 1978. p. 35.

عن محمد سيد فهمى ، **السلوك الاجتماعى للمعوقين - دراسة فى الخدمة الاجتماعية**، مرجع سابق، ص ١١٤ .

الرأى الثانى : يرى أصحابه أن التأهيل والعلاج أجزاء فى عملية واحدة.

ونحن نرجح صحة الرأيين الأول والثانى، حيث لا تأهيل إلا بعد العلاج، ولا قيمة للعلاج دون تأهيل، فهما وجهين لعملة واحدة يُكمل أحدهما الآخر. هذا من جانب، ومن جانب آخر من الممكن اعتبار التأهيل والعلاج أجزاء فى عملية واحدة، تلك العملية التى تهدف إلى إعادة المعوق للعمل الملائم لحالته فى حدود ما تبقى له من قدرات، بقصد مساعدته على تحسين أحواله المادية والنفسية والاجتماعية.

- الجانب الثانى :

إنشاء المصانع المحمية من المنافسة لفئات المعوقين الذين يتعذر إيجاد عمل لهم مع الأسوياء [1] .

- الجانب الثالث :

سن التشريعات فى محيط تشغيل المعوقين ورعايتهم اجتماعيًا .. مثل قانون الضمان الاجتماعى رقم ١٣٣ لسنة ١٩٦٤ الذى ألزم وزارة الشئون الاجتماعية بإنشاء الهيئات اللازمة لتوفير خدمات التأهيل المهنى للمعوقين، والقانون رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ الذى أعطى لكل معوق حصل على تدريب مهنى الحق فى قيد إسمه بمكتب العمل ، وألزم

---

(١) أنظر : محمد عبد المنعم نور ، **الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل**، مرجع سابق، ص ١٦٦ .

أصحاب الأعمال بتشغيل المعوقين مهنيا فى حدود نسبة ٥٪ من مجموع العاملين لديهم، والمادة رقم ٤٩ من قانون التأمين الاجتماعى الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ ، أعطت الفرد المنقطع عن العمل بسبب الإصابة أو الإعاقة الحق فى صرف تعويض عن الأجر خلال فترة تخلفه عن العمل بسبب الإصابة يعادل أجره المسدد عنه الاشتراك، ويستمر صرف ذلك التعويض طوال مدة عجز المصاب عن أداء عمله، أو حتى ثبوت العجز المستديم أو حدوث الوفاة. كما يعطيه الحق فى صرف تعويض عن أجره المتغير، والذى يحسب على أساس متوسط ما حصل عليه من أجور متغيرة إن كانت تقل عن سنة [١] .

ثانيًا : التأهيل المهنى للمعوقين ومشكلاته :

تعريف الرعاية الاجتماعية للمعوقين :

تُعرف بأنها تلك الجهود الحكومية والأهلية والدولية– المنظمة والهادفة – لاستغلال طاقات الفرد المعوق إلى أقصاها ، سواء طاقاته القادرة، أو طاقاته القاصرة، ليتم له أنسب توافق ممكن بينه وبين بيئته الاجتماعية بما يحفظ له كرامته وحقه كإنسان فى الحياة [٢] .

تعريف التأهيل :

وللتأهيل تعريفات متعددة، قد تختلف فى الصياغة والشكل

(١) إبراهيم عبد الهادى محمد المليجى، العوامل الاجتماعية المرتبطة بإصابات العمل فى الصناعة ودور الخدمة الاجتماعية فى مواجهتها، مرجع سابق، ص ١٣٠ .

(٢) عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مرجع سابق، ص ١٩٥ .

ولكنها تتفق فى الجوهر والمضمون، ولقد تعددت تعريفات التأهيل من خلال كتابات رواد العمل الاجتماعى، والإخصائيين الاجتماعيين، والمتخصصين فى المجال التأهيلى ، وسوف نعرض بعض هذه التعريفات :

تعريف أ. محمود حسن (١) :

التأهيل المهنى لذوى العاهات، يعنى ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المترابطة، التى تؤدى إلى تقديم خدمات مهنية كالتوجيه المهنى، والتدريب المهنى، والتشغيل، مما يهيىء للعاجز فرصة الحصول على عمل مناسب ، والاستقرار فيه .

تعريف أ. عطيات ناشد (٢) :

التأهيل هو عملية ديناميكية متناسقة متكاملة، تهدف استثمار قدرات العاجز إلى أقصاها لإكسابه أنسب المهارات المهنية، ليتمكن بها من المعيشة معيشة استقلالية، وعلى درجة مناسبة من التوافق الاجتماعى.

تعريف أ. إقبال بشير (٣) :

التأهيل الاجتماعى لذوى العاهات، يعنى ذلك الجانب من عملية الإعداد، والتوجيه، والتدريب ، والتشغيل، والمتابعة المستمرة المترابطة،

---

(١) محمود حسن ، **مقدمة الرعاية الاجتماعية**، مرجع سابق، ص ٦٨١ .

(٢) عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، مرجع سابق، ص١٩٥ .

(٣) إقبال محمد بشير وآخرون ، **الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى** ، مرجع سابق، ص ٢٥٠ .

التى تؤدى إلى تقديم خدمات مهنية، مما يهىء للعاجز فرصة الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه .

تعريف أ. محمد سيد فهمى [1] :

التأهيل عبارة عن عملية إعادة تكيف الإنسان مع البيئة أو إعادة إعداده للحياة، فإن كان اختلال تكيف الإنسان مقتصراً على الناحية الطبية، فإنه يحتاج إلى (التأهيل الطبى) أي استعادة أقصى ما يمكن توفيره له من قدرات بدنية، أما إذا كان الإنسان فى حاجة إلى إعادة تكيفه من الناحية النفسية، فإنه يحتاج إلى (التأهيل النفسى) .. حيث يتناوله الإخصائى النفسى بالتعاون مع الإخصائى الاجتماعى أو إخصائى التأهيل فى أغلب الحالات، وإذا كان الاختلال فى التكيف مع المهنة بسبب إصابته بعائق، فإنه يحتاج إلى (التأهيل المهنى).

تعريف د. مارفين ب. سوسمان [2] :

تأهيل المعوقين يشير إلى الجهود المبذولة وفق قواعد هذا الفن مع عديد من الناس ممن أصابهم قصور بدنى أو حسى أو مجتمعى فمنهم المعوقون بدنياً، كالمبتورين والمرضى بأمراض مزمنة أو معوقة وكالمشوهين فى قوامهم أو تركيبهم البدنى ، ومنهم المعوقون جسمياً كالمكفوفين والصم والبكم، ومنهم المتخلفون عقلياً. والمصابون

---

(١) محمد سيد فهمى ، السلوك الاجتماعى للمعوقين – دراسة فى الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ٣١ ، ٣٢ .

(٢) محمد عبد المنعم نور، الخدمة الاجتماعية والطبية والتأهيل، مرجع سابق ، ص ١٥٧، ١٥٨.

بالأمراض العقلية والنفسية، ومنهم المدمنون على الخمر والمخدرات، وكذلك المعوقون اجتماعياً كالأحداث الجانحين والمشردين والمجرمين .

تعريف منظمة العمل الدولية :

التأهيل المهني للمعوقين ، هو ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المترابطة، الذى ينطوى على تقديم الخدمات المهنية.. كالتوجيه المهنى، والتدريب المهنى ، والتشغيل مما يجعل المعوق قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه وتختلف حالات الأفراد من حيث مدى حاجاتهم إلى أنواع التأهيل المختلفة، فقد يحتاج الفرد إلى نوع واحد أو أكثر من تلك الأنواع فى وقت واحد (النفسى، الطبى ، الاجتماعى، المهنى).

تعريف قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ :

يقُصد بتأهيل المعوقين ، تقديم الخدمات الاجتماعية والطبية والتعليمية، والمهنية، التى يلزم توفيرها للمعوق وأسرته، لتمكينه من التغلب على الآثار التى تخلفت عن عجزه .

ولو أننا راجعنا جميع التعاريف السابقة، وتفقدنا جميع التعاريف الواردة فى دائرة المعارف العلمية، أو تشريعات الدول الأخرى أو المنظمات والهيئات الدولية، لما وجدنا تعريفاً أكثر شمولاً وإحكاماً ووضوحا، واختصاراً ، وتركيزاً، من تعريف قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ ، والذى أوردناه فى هذا المقام آخر التعاريف، وليس تأخيرنا إياه إلا لأن خواتيم الأشياء هى جوامع ما قبلها .

هذا ، وأحب أن أشير فى النهاية إلى أنه نادراً ما يحتاج المعوق إلى جانب واحد فقط من جوانب التأهيل، فغير المتوافق صحياً أو عضوياً غالباً ما يسوء توافقه النفسى، والاجتماعى ، والمهنى ، كما أن غير المتوافق نفسيًا، تسوء حالته الصحية، والاجتماعية ، والمهنية.. وهكذا، وذلك لأن الإنسان كل متكامل، إذا ساء توافقه فى أحد جوانبه، تداعت له سائر الجوانب بالسهر والحمى .

خطوات التأهيل المهنى [1] :

١ - مرحلة الحصر (إكتشاف الحالات)

لكى يتمكن التأهيل من تحقيق أهدافه، ينبغى على القائمين به تحديد حجم المجتمع المحتاج لهذه الرعاية، ومن ثم ينبغى حصر حالات المعوقين، سواء كانت أسباب الإعاقة وراثة جينية، أو بيئية مكتسبة، ثم تصنيفها بهدف مواجهة احتياجات كل فئة بالرعاية التى تلزمها، أو الاهتمام النوعى بها .

وينبغى أن تكون الجهات المختصة بالتأهيل المهنى على صلة وثيقة بالمستشفيات، وإدارات أو أقسام تسجيل المواليد بمكاتب الصحة وأماكن تسجيل إصابات العمل بمؤسسة التأمينات الاجتماعية، وأيضًا وحدات الضمان الاجتماعى والمؤسسات الاجتماعية. وذلك لاكتشاف حالات الإعاقة فى وقت مبكر، كى لايترك المعوق فترة طويلة بعاهته فيكتسب بعض الميول والعادات غير السوية، كأن يلجأ إلى استغلال عاهته فى

(١) أنظر : محمود حسن ، **مقدمة الرعاية الاجتماعية**، كرجع سابق، ص ٦٨٥ ، ٦٩٠ .

استدرار العطف والتسول ، أو يفقد الثقة بنفسه فيلجأ إلى الاستسلام واليأس، أو يحاول الهروب من عاهته فيدمن المخدرات أو يقدم على الانتحار أو غير ذلك من السلوك غير السوى .

٢- مرحلة الإعداد الجسمى :

وتستعين هذه المرحلة بالفحوصات الطبية، لتحديد نوع العجز ودرجته، ونوع وطبيعة العلاج اللازم، وتشمل مرحلة الإعداد عادة الخطوات التالية :

أ- إتمام خطة العلاج الطبى ، سواء كان ذلك عن طريق الجراحة أو العقاقير الطبية، أو العلاج الطبيعى لتدريب بعض العضلات أو المفاصل لاستعادة مرونتها، وهو من أهم الوسائل التى تساعد المريض على استخدام عضلاته المعطلة، ولاتبدأ عملية التأهيل المهنى إلا بعد انتهاء العلاج الطبى تماماً، والتأكد من أن حالة العجز أصبحت مستقرة وثابتة إلى حد كبير .

ب - العلاج بالعمل ، ويقرره الطبيب بالاشتراك مع الإخصائى الاجتماعى حيث يمارس المريض نوعاً من النشاط أو الهواية ذات الصبغة الإنتاجية أثناء فترة العلاج. والغرض من ذلك تدريب المريض على القيام بحركات معينة تفيد خطة العلاج من جانب، واستغلال وقت الفراغ بأسلوب مثمر، وصرف المريض عن التفكير فى عاهته، وتحسين حالته النفسية ورفع روحه المعنوية بوجه عام، مما يكون له أثر كبير فى التعجيل بالشفاء من جانب آخر .

ورغم أن العلاج بالعمل يشترك مع العلاج الطبيعي في تعويد المعوق على الإتيان بحركات معينة تفيد خطة العلاج، أو تدريب بعض العضلات والمفاصل لاستعادة ليونتها، إلا أن العلاج بالعمل يتميز بإعادة ثقة المعوق في ذاته، وإشباع حاجة إثبات الذات والقدرة على الكسب والعطاء .

جـ - التدريب على استخدام الأجهزة التعويضية المختلفة، كالأطراف الصناعية أو أجهزة السمع، أو الأحزمة. وتعتبر هذه الخطوة من العمليات الفنية الهامة بالنسبة للمعوقين من ذوى الأطراف المبتورة والمصابين بشلل الأطفال .

٣- مرحلة البحث الاجتماعي :

وهذه المرحلة تعنى إجراء دراسة تشمل جميع الأحوال الاجتماعية للمعوق، فتشمل الدراسة بيانات عن الإعاقة: مثل أسبابها، ونوعها ، وشدتها، أو درجتها، والظروف التى وقعت فيها الإصابة، والآثار الاجتماعية والنفسية التى نشأت عن العاهة .

كما تشمل الدراسة بيانات عن العلاج الطبى : مثل المؤسسات العلاجية المختلفة التى قامت بعلاج المعوق، ووسائل وأساليب العلاج التى اتبعت فى علاجه .

وأيضاً تشمل الدراسة بيانات عن العمل: مثل العمل أو الأعمال التى كان يمارسها المعوق قبل الإصابة، والأجر الذى كان يتقاضاه، والمستوى الدراسى الذى بلغه، وأيضاً درجة استقراره بالدراسة ومستوى

تحصيله، وعلاقته بالمدرسين قبل وبعد العاهة فى حالة ما إذا كان المعوق طالباً .

كما تشمل الدراسة شخصية المريض.. من حيث مدى نضجه الانفعالى، واعتماده على نفسه، ودرجة الاتكالية أو الانطواء أو العدوانية التى خلفتها الإعاقة، وأثر سلوكه فى علاقاته الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها، وأثر عوامل البيئة الخارجية فى سلوكه كأن تكون سبباً فى تشرده، أو انحرافه، ورأى المعوق فى الأعمال التى يرغب فى التدريب عليها، وكذلك استعداداته وإمكانياته التى يمكن الاستفادة منها فى عمليات التأهيل .

كما تشمل الدراسة أيضًا بيانات عن أسرة المعوق.. حيث يقوم الإخصائى الاجتماعى بدراسة علاقة المعوق بأفراد أسرته، والمشكلات الاجتماعية التى نجمت عن الإعاقة، والمستوى الاقتصادى للأسرة وأثر الإعاقة على موارد الأسرة المالية، واتجاهات الأسرة نحو المعوق، ونوع المعاملة التى تعامله بها الأسرة، ورأى الأسرة فى الإعاقة، ومشروعاتها فى المستقبل قبل المعوق .

وأيضاً يهتم الإخصائى الاجتماعى فى هذه الدراسة بإمكانيات التدريب، والمؤسسات المختلفة التى يمكن أن تساهم فى تيسير التدريب ووسائله وأدواته، كمراكز التدريب المهنى، أو مؤسسات التدريب المهنى أو إمكانية التدريب فى بعض المصانع بالمجتمع المحلى أو بمنزل المعوق، وكذلك الموارد المادية التى يمكن توفيرها لمعاونة المعوق وأسرته أثناء فترة

التدريب من جانب ، أو لتدبير الأجهزة التعويضية أو أدوات التدريب من جانب آخر .

٤- مرحلة الاختبار النفسى :

وتهدف هذه المرحلة إلى التعرف على شخصية المعوق من حيث ميوله واتجاهاته الشخصية، واستعداداته النفسية، وقدراته العقلية، وذلك عن طريق الاختبارات النفسية، بحيث يُمكن التعرف على إمكانيات المعوق، والعمل على استغلالها بأقصى قدر ممكن فى عمليات التأهيل المهنى. كما ينبغى التعرف على المشكلات النفسية التى يُعانى منها المعوق، سواء كانت هذه المشكلات تمتد جذورها إلى ما قبل الإعاقة، أو كانت من نتاج الإعاقة ، وتحتاج إلى مساعدات علاجية .

وتُعتبر مرحلة الاختبار النفسى من المراحل الهامة فى عمليات التأهيل، لما تُخلفه العاهة أو الإعاقة من عوامل نفسية تؤثر على شخصية المريض من جانب، وعلى علاقاته الاجتماعية من جانب آخر وعلى تقبله لمهنته قبل الإعاقة أو ما بعدها من جانب ثالث ، وعلى تقدم أو استكمال خطة العلاج وعدم انتكاس المعوق من جانب رابع وأخيراً لأن المعوق إنسان قبل كل شىء، وينبغى العمل على إعادة توازنه نفسياً من الناحية الإنسانية .

٥- مرحلة التوجيه المهنى :

وتهدف هذه المرحلة إلى توجيه المعوق إلى أنسب المهن التى تتفق واستعداداته وقدراته وإمكانياته وطبيعة عجزه، وحالته الصحية، بشرط أن

تكون هذه المهنة ضمن المهن التى تتوافر فيها فرص العمل فى المجتمع .

وتتضمن عملية التوجيه المهنى تطبيق النظرة التكاملية للفرد عن طريق عمل الفريق (Team Work) .. حيث يقوم الطبيب بالاشتراك مع إخصائى التدريب، والإخصائى النفسى، والإخصائى الاجتماعى، والإخصائى المهنى ، باستعراض ما يمتاز به الفرد من قدرات بدنية خاصة، واستعدادات نفسية وعقلية، وميول شخصية ، ومعلومات وخبرات، ثم مقارنة تلك القدرات، والاستعدادات والخبرات بما تتطلبه عملية الأداء فى المهن المختلفة، ومن ثم اختيار أنسب المهن لحالة المعوق، وتوجيهه إليها .

ويشترك أعضاء الفريق فى هذه العملية، كل بمجال اختصاصه.. متعاونين فيما بينهم لتحقيق الهدف المنشود .

فيقوم الطبيب بإعداد تقرير عن أجهزة المعوق البدنية، وحواسه التى بقيت لديه بعد الإعاقة، كالجهاز العصبى ، والعضلى ، وقوة الإبصار ، وحالة السمع .. الخ، ويضع توجيهاته وإرشاداته الواجب مراعاتها عند اختيار المهنة المناسبة للشخص المعوق .

ويقوم الإخصائى النفسى بقياس نسبة ذكاء المعوق، والميول والقدرات الخاصة والحالة المزاجية والانفعالية، ويضع بدوره إرشاداته ونصائحه فى اختيار المهنة المناسبة التى يوجه المعوق إليها .

وكذلك يقوم الإخصائى الاجتماعى بدراسة الظروف الاجتماعية للمعوق ومستواه العلمى وخبراته العلمية، وحالته الاقتصادية، وعلاقاته

الأسرية من جانب ، وعلاقته بالبيئة الخارجية من جانب آخر، ثم يضع إرشاداته وتوجيهاته فى اختيار المهنة الملائمة لظروف المعوق الاجتماعية.

وأخيراً، يقوم الإخصائى المهنى بدراسة مدى صلاحية المعوق للمهن السائدة فى المجتمع فى ضوء فرص العمل المتوافرة، وفى حدود ما أسفرت عنه بتقارير باقى الإخصائيين .

وبعد مناقشة حالة المعوق ، يمكن تحديد نوع المهنة أو العمل الذى سيوجه إليه المعوق، وتقرير ما يحتاج إليه من تدريب ، ومدة هذا التدريب وإمكانية العمل أو التخديم .

٦- مرحلة التدريب المهنى:

وتهدف هذه المرحلة، إلى تدريب المعوق على المهارات اللازمة لتأدية العمل أو المهنة التى اختيرت له، وتم توجيهه إليها. ويتم التدريب المهنى بالنسبة للمعوقين الأقل من ١٩ سنة. كما تقوم هيئات التأهيل المهنى بإنشاء مؤسسات داخلية لتأهيل الأطفال حتى سن ١٨ سنة، تلحق بها فصول دراسية وورش للتدريب على بعض الأعمال أو الحرف، بالإضافة إلى الرعاية النفسية والاجتماعية .

وأحياناً ، يكون التدريب بالمنزل، لمن يجد صعوبة الانتقال إلى مركز التدريب المهنى إذا ما توافرت الأدوات والخامات اللازمة لديه .

وتصرف أحياناً مساعدات إليه أثناء فترة التدريب بناء على توجيهات الإخصائى الاجتماعى، لتغطية نفقات الانتقال أو مساعدة

الأسرة . ومن ثم فإن مرحلة التدريب المهنى، تستلزم حشد جميع الإمكانيات والموارد الممكنة فى المجتمع، مهنية كانت أو إجتماعية، كما تستلزم استجابة العميل المعوق ذاته لتنفيذ خطط التأهيل المهنى بنجاح .

وقد يحتاج المعوق إلى التدريب على نوع معين من الأعمال، يُكسبه مهارة خاصة، يعينه مستقبلاً على أداء عمل لحسابه الخاص، أو لحساب الغير وفى هذه الحالة، تتعاقد هيئة التأهيل مع جهة التدريب ، سواء كانت معهداً دراسياً، أو منشأة صناعية، أو تجارية، أو غيرها .

٧- مرحلة التشغيل أو التخديم :

وتهدف هذه المرحلة إلي توجيه المعوق بعد استكمال عمليات التدريب المهنى نحو العمل الذى يتفق مع ماحصل عليه من تدريب سواء فى المصانع أو الشركات، أو الورش ، أو المنزل .

وبطبيعة الحال، تتوقف عملية التشغيل على عدة عوامل من بينها:

مدى توفر فرص العمل الملائمة، ومدى توافر التشريعات القانونية لإلزام المؤسسات والشركات والمصانع بتشغيل المعوقين، ودرجة الوعى فى المجتمع والاعتقادات السائدة بين المصانع، والشركات وأصحاب الأعمال حول ضعف كفاءة أداء المعوقين علماً بأن الدراسات قد أثبتت أن المعوقين الذين اجتازوا مرحلة التدريب المهنى يُتقنون أنواعًا من الصناعة والحرف أفضل من إتقان العاديين لها. الأمر الذى دعى مصانع الأسلحة والزخيرة بالولايات المتحدة الأمريكية بإسناد عملية مراجعة الخطوات النهائية فى مواسير المدافع والبنادق وغيرها، من ناحية النعومة أو الاستواء

والدوائر الحلزونية (الشـشخنة) ، إلى المكفوفين ، نظراً لشدة حاسة اللمس لديهم، هذا بالإضافة إلى بعض الأعمال التى يتفوق فيها المكفوفين، مثل عمليات التغليف النهائية فى المصانع، والعمل فى الشبكات التليفونية .

ولقد حمت مصر أبنائها من خلال تشريعاتها القانونية، حيث ألزم قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ جهات وأماكن العمل التى يزيد عدد العاملين بها عن خمسين عاملاً، بتخصيص فرص عمل بنسبة ٥٪ من مجموع العاملين بها، للمعوقين الحاصلين على شهادات التدريب من مراكز التأهيل المهنى .

٨- مرحلة التتبع :

وتهدف هذه المرحلة إلى تتبع المعوق، ومتابعة نشاطه فى عمله الجديد للتأكد من تكيفه واستقراره، وذلك عن طريق دراسة درجة تكيفه مع العمل، وفى علاقاته الاجتماعية مع زملائه فى مجال العمل. والتعرف على المشكلات التى قد تعترضه فى مجال عمله أو فى أسرته، أو بيئته المحلية عند بدء ظهورها، حيث أنه فى بعض الحالات يجد المعوق بعض الصعوبات فى القيام بالعمل المدرب عليه فينتابه الإحباط، أو قد تسوء علاقاته بصاحب العمل أو قد لايكون الأجر مجزياً، أو العمل مجهداً، ولذلك فإن وجود الإخصائى الاجتماعى إلى جانب المعوق فى هذه المرحلة يساعده فى التغلب على مشكلاته أولاً بأولا .

ومن ذلك يتضح أن عملية التأهيل المهنى للمعوقين ، عملية

ديناميكية متخصصة، تتضافر فيها جهود الطبيب، وإخصائى العلاج الطبيعى ،وإخصائى التدريب، والإخصائى النفسى، والإخصائى الاجتماعى ،والإخصائى المهنى بصورة متكاملة ومتناسقة، يعملون معاً بروح الفريق، ومحور العمل هو المعوق نفسه، والذى لابد وأن يشترك فى كل خطوات التأهيل، تحقيقاً لمبدأ ديمقراطية التأهيل ، واضعين فى الاعتبار أنها عملية مستمرة تبدأ مع الفرد منذ انتهاء المرحلة العلاجية، وثبوت الإعاقة، حتى عودته إلى المجتمع مرة أخرى، عضواً بناءً، يستطيع أن يعيش حياته معتمداً على ذاته دون معاناه .

وبذلك تصطبغ فلسفة التأهيل بطابع اقتصادى واجتماعى شامل، وهو ما تهدف إليه جهود التنمية الشاملة، لتحقيق رفاهية الفرد من جانب ، ورفاهية المجتمع من جانب آخر .

مشكلات العملية التأهيلية :

١- يتطلب التأهيل إمكانيات مادية وبشرية هائلة، قد لاتتوفر لكثير من المجتمعات، وخاصة النامية منها.

٢- التأهيل عملية تتعامل مع عناصر معوقة، متقدمة نسبياً فى السن لتواجه بالتالى عقبات تعليم الكبار .

٣- التأهيل هو إعادة تدريب المعوق على مهارة معينة تناسب قدراته الباقية، فهى عملية هجر أمر مألوف ، إلى أمر آخر غير مألوف مما يؤدى إلى مقاومة المعوق، تمشياً مع النزعة العامة للفرد لمقاومة التغير.

٤- عدم وجود مقاييس مقننة تقيس قدرات المعوق، سواء عند التأهيل المهنى كعملية تستهدف اختيار المهنة المناسبة للفرد، أو عند التوجيه المهنى كعملية تستهدف اختيار الفرد المناسب لمهنة بعينها [١] .

أجهزة تأهيل المعوقين :

إن خدمات التأهيل كغيرها من ألوان الخدمة والرعاية تحتاج إلى أجهزة مؤسسية تقوم بعمليات متكاملة لتحقيق أهدافها.

وتنقسم برامج الخدمة الحالية فى ج. م .ع إلى نوعين :

١- برامج تقُدم من خلال معاهد التأهيل التى تديرها وزارة الشئون والتأمنيات الاجتماعية تطبيقاً لأحكام القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعوقين ولائحته التنفيذية .

٢- برامج تقُدم من خلال معاهد التربية الخاصة، التى تديرها وزارة التربية والتعليم .

وسوف يقتصر العرض والمناقشة فى مجالنا هذا ، على برامج وزارة الشئون والتأمينات الاجتماعية .

وتنقسم أجهزة تأهيل المعوقين التى تشرف عليها وزارة الشئون الاجتماعية إلى ما يلى [٢] :

(١) محمد سيد فهمى ، السلوك الاجتماعى للمعوقين - دراسة فى الخدمة الاجتماعية ، مرجع سابق ، ص ١٢٣.

(٢) أنظر : المرجع السابق، ص ١٢٤ - ١٢٦ .

١- مكاتب التأهيل :

وهدفها الرئيسى يتمثل فى استقبال طالبى التأهيل من جميع المراحل العمرية، ومن مختلف الفئات، وإجراء الدراسات الاجتماعية والنفسية والطبية والمهنية والتعليمية لهم، وذلك عن طريق أعضاء فريق التأهيل الذين يضمهم المكتب من جانب، والاستعانة بالموارد والإمكانيات المتاحة بالمجتمع كالمؤسسات الطبية، والمدارس .. الخ من جانب آخر، كما قد يستغل المكتب هذه الموارد المجتمعية فى توفير الخدمات التأهيلية للمعوقين .

وتعمل مكاتب التأهيل على توفير الأجهزة التعويضية، والأطراف الصناعية لطالبيها، عن طريق الجمعيات [1] التى تمنحها. وتنتشر هذه المكاتب فى جميع محافظات الجمهورية، وقد يتوفر أكثر من مكتب فى المحافظة الواحدة، مثل محافظات القاهرة، الإسكندرية، الإسماعيلية، الغربية، الشرقية .

٢- مراكز التأهيل :

وهدفها – إلى جانب إجراء البحوث والدراسات اللازمة على طالبى التأهيل – إيجاد خدمات داخل المركز فى النواحى الآتية :

الإعداد البدنى ، التدريب المهنى ، الأجهزة التعويضية، الأطراف الصناعية ، الإرشاد النفسى للمعوق وأسرته، البرامج التعليمية،

(١) وهى تابعة أيضاً لوزارة الشئون الاجتماعية .

البرامج الاجتماعية .

كما تُقدم هذه المراكز خدمات الرعاية الداخلية لمن يحتاج إليها من المعوقين الذين يؤهلون بها. وقد تعمل هذه المراكز على تقديم خدمات إلى فئة معينة من فئات المعوقين مثل الصم، أو البكم ، أو المكفوفين ،أو حالات ناقهى الدرن .. الخ وقد تُقدم خدماتها إلى أكثر من فئة فى آن واحد .

٣- المصانع الخاصة (المحمية) :

والهدف من إنشاء هذه المصانع هو الاستفادة بطاقات المعوقين الذين لايمكنهم العمل فى السوق الخارجى ومنافسة الأسوياء، لظروف تتصل بالعجز أو لصعوبة الحصول على عمل. ويعد دور هذه المصانع كمرحلة انتقالية للمعوق من برامج التأهيل إلى المجتمع والإنتاج فيه .

٤- مؤسسات التثقيف الفكرى :

وتهدف هذه المؤسسات إلى إيجاد برامج تأهيلية لحالات التخلف العقلى فى الأعمار ما بين ٦ سنوات إلى ٢٥ سنة، وتتيح هذه المؤسسات فرص البحث والدراسة والفحص للحالات، وتصنيفها، وتوفير البرامج المناسبة لكل فئة عمرية وكل تصنيف ، وتشمل هذه البرامج مايلى:

البرامج التعليمية ، البرامج المهنية، الإرشاد النفسى للمعوق وأسرته، الإلحاق بالعمل المناسب ، البرامج الاجتماعية والترويحية .

٥- مصانع الأجهزة التعويضية :

وتقوم هذه المصانع بتصنيع الأجهزة التعويضية ، والأطراف الصناعية اللازمة للمعوقين بدنياً، كحالات الشلل، والبتر ، وأمراض العظام، والكسور وغيرها، وتعتمد هذه المصانع فى تصنيعها على الإمكانيات والخامات المتوفرة محلياً.

ومن ذلك نرى، أن مفهوم التأهيل (Rehabilitation) قد تطور فى الوقت الحاضر ، وطبقا للاتجاهات الحديثة، من مرحلة إدماج المعوق فى الحياة العامة إلى مرحلة (Integration) التطبيع (Normalization) .

الفصل الرابع

الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى فى المجال التأهيلى

أولاً : برامج رعاية المعوقين :

- البرامج الوقائية .
- البرامج العلاجية .
- البرامج الإنمائية .

ثانيًا : الأدوار الوظيفية للإخصائي الاجتماعى التأهيلى :

- دور الإخصائى الاجتماعى التأهيلى مع الأفراد .
- دور الإخصائى الاجتماعى التأهيلي مع الجماعات .
- دور المنظم الاجتماعى التأهيلى .

تمهيد :

إن تطور الاهتمام برعاية المعوقين فى الأونة الأخيرة، كان انعكاساً للظروف غير الإنسانية التى تعرضوا لها عبر التاريخ فى الكثير من المجتمعات وكان للتقدم العلمى، وقيام الدول القوية، وازدياد سرعة التغيرات الاجتماعية والاقتصادية وانتشار التعليم، والتحولات التى شهدتها الأسرة الإنسانية والمشاكل العديدة التى ترتبت على زيادة حركة التصنيع، وما صاحبها من اختلال فى الموازين الاجتماعية، واعتماد الإنسان على الآله ، وما نتج عن ذلك من ازدياد معدل حوادث وإصابات العمل والمواصلات، وما يخلفه ذلك من معوقين جسمياً، كل ذلك، كان له أكبر الأثر فى الاهتمام برعاية المعوقين.

ولقد تفاقمت مشكلة المعوقين فى أغلب المجتمعات سواء المتقدمة منها أو النامية، وذلك بسبب تزايد أعداد المعوقين من جانب، وقصور الجهود الموجهة لحل المشكلة من جانب آخر. الأمر الذى دعى الهيئات الدولية أن تخصص عام ١٩٨١ لمعالجة هذه المشكلة على المستوى الدولى. ولم تكن ضرورة هذه المواجهة ناتجة عن شعور إنسانى يتمثل فى العطف على المعوقين ورعايتهم فحسب، بل أصبحت ناتجة أيضاً عن الشعور بخطورة اقتصادية تهدد كيان المجتمعات، نظراً لزيادة أعداد المعوقين بصفة مطردة .

ونتيجة لهذه الزيادة فى أعداد المعوقين، أصبح مواجهتها ضرورة ملحة، وقومية، وبقدر حجم أى مشكلة، يجب أن تكون المواجهة. وفى

ضوء ذلك ، كانت الخدمة الاجتماعية هى المطلب الحيوى لرعاية تلك الفئة من فئات المجتمع، مع توفير برامج التأهيل، التى تساعد الفرد المعوق على استرداد أقصى ما يمكن من إمكانياته فى الحياة، وذلك بتنمية ماتبقى لديه من قدرات وإمكانيات ، واستعدادات [1] .

وعلى ذلك ، خصص هذا الفصل : الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى فى المجال التأهيلى لعرض ومناقشة موضوعين :

أولهما : برامج رعاية المعوقين : وتم فيه مناقشة البرامج المختلفة لرعاية المعوقين، سواء كانت برامج وقائية أو برامج علاجية، أو برامج إنمائية .

ثانيهما : الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى التأهيلى :

وتم فيه مناقشة الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى فى المجال التأهيلى ، سواء مع الأفراد ، أو الجماعات، أو مجتمع المؤسسات التأهيلية .

(١) المرجع السابق ، ص ٢١٣ ، ٢١٤ .

أولاً : برامج رعاية المعوقين :

إن الخدمة الاجتماعية تُساهم بدور فعال فى مجال رعاية وتأهيل المعوقين وذلك من خلال الأساليب العلمية، والفنية لطرقها الثلاث (خدمة الفرد ، خدمة الجماعة ، وتنظيم المجتمع) لتحقيق الهدف العام للمهنة، وهو تحقيق سعادة الفرد من جانب ، ورفاهية المجتمع من جانب آخر، وذلك من خلال تقديم عونها للبرامج المختلفة التى يستعين بها مجال رعاية المعوقين – ويمكن عرضها على النحو التالى :

١- البرامج الوقائية (١) :

ويقصد بها مجموعة البرامج التى تهدف إلى وقاية الإنسان من الإصابة بالعاهة أو المرض. أو فى القليل ، الحد من نسبة المعوقين والمرضى ، وعلى ذلك تركز جهود هذه البرامج كى تحول بين الأفراد والإصابة بالإعاقات المختلفة إتباعاً للحكمة القائلة « أن الوقاية خير من العلاج »، وفى ذلك يقول هوكستب Huckstep ، أن توفير الإمكانيات المادية لحماية مائة حالة من الإصابة بشلل الأطفال، أفضل بكثير من إصابة طفل واحد يصبح مقعداً ، لا أمل فى شفائه .

٢- البرامج العلاجية (٢) :

ويقصد بها البرامج التى تُساعد الفرد الذى أُصيب بإعاقة ما على مواجهة مشكلته، ويمكن أن نعرض هذه البرامج فى الخدمات الآتية :

أ- العلاج الطبيعي :

وعن طريقه يمُكن الوصول بالجهاز الحركى إلى أقصى درجة

---

(١) أنظر: المرجع السابق، ص ٢٢٤ ، ٢٢٥ .

(٢) أنظر : المرجع السابق، ص ٢٢٢ ، ٢٢٣ .

ممكنة من اللياقة البدنية، وذلك عن طريق التدريب المستمر حتى يمكن الاستعاضة عن النقص، أو العجز الموجود لدى المعوق .

ب - العلاج بالعمل :

وهو يساند العلاج الطبيعي في تحسين اللياقة البدنية، كما يستخدم في تقييم القدرات عند المعوق، وتدريبه على القيام بالأنشطة اليومية من مأكل وملبس، معتمداً على نفسه بقدر الإمكان .

جـ - العلاج الطبي والتدخل الجراحي :

وهما لازمان في كثير من الإعاقات البدنية والحسية والعقلية وخاصة الحالات ذات المضاعفات الناتجة عن التأخير في العلاج .

د - الأجهزة التعويضية والأجهزة المساعدة :

وتوفير مثل هذه الأجهزة، يمثل ركناً هامًا في مساعدة المعوق على التكيف، وكلما كانت ورش إنتاج هذه المعدات على كفاءة إنتاجية عالية من حيث الكيف والكم، كلما أمكن تأهيل عدد أكبر من المعوقين .

هـ - التدريب المهني :

وعن طريقه ، يدرب المعوق على العمل المناسب له والذى يختار له بعد تقييم قدراته وإمكانياته واستعداداته الشخصية وبعد استكمال التدريب يمنح المعوق شهادة تأهيل مهنى ، تؤهله للالتحاق بوظيفة، ليتكسب منها .

و - العلاج النفسى :

ويقوم به إخصائيون متخصصون ، وهو ضرورة لإعادة التوازن

النفسى للمعوق وأفراد أسرته، كما يساهم فى اختيار العمل المناسب لحالة المريض العضوية، والنفسية، وظروفه الأسرية .

ز - الخدمات الاجتماعية :

وتُعتبر من أهم الخدمات التى تُقدم للمعوق، إبتداء من المساهمة فى حل مشاكله الشخصية والأسرية والبيئية، إلى مساعدته فى الالتحاق بالعمل، ومتابعة رعايته، لضمان استمرار نجاح تأهيله ومواظبته على العمل.

ح - الخدمات التعليمية :

وهى خدمات تعليمية خاصة للمعوقين الذين لايستطيعون تحصيل العلم أو التأقلم فى مدارس الأسوياء .

ط - الخدمات الترفيهية :

وهى ضرورية كى يظل المعوق قادراً على تحمل مشقة الحياة والمواظبة على العمل، فلا عمل دائم، ولا إنتاج متواصل دون فترات ترفيهية لتبديد الملل، وتجديد النشاط، ولذلك يجب توفير النوادى الرياضية، والاجتماعية، والثقافية الخاصة بالمعوقين .

٣- البرامج الإنمائية (١) :

ويقصد بها البرامج التى تهدف إلى تنمية شخصية المعوق، وزيادة أدائه الاجتماعى، ودعم السلوك الاجتماعى لديه، ولقد أثبتت نتائج

(١) أنظر : المرجع السابق ، ص ٢٢٣ ، ٢٢٤ .

الدراسات أن فقد المعوق لجزء من قواه الجسمية، أو الحسية، يجعله يقوم بعمليات تمرين زائـــدة لتنمية ماتبقى لديه من قدرات. كى يتمكن من تعـويض القـدرات المفـقـودة، وفى ذلك يقـرر برثولب بورفـينفلد Bortholp Borvenfeld مدير معهد كاليفورنيا للمكفوفين ، أن فقد البصر مثلاً يدفع المعوق إلى زيادة الاستعانة بحواسه المتبقية، وإلى تركيز الانتباه الشديد طوعاً أو اضطراراً وذلك كى يحصل على معلومات كان يحصل عليها عن طريق حاسة الإبصار التى فقدها. وعلى ذلك ، فإن تدريب الحواس هذا ، وكـذلك التـركيـز الشـديد يؤديان إلى استـخدام حواسه الباقية بمهارة أفضل، وكفاية أوفر .

كما أن بعض الباحثين فى مجال المعوقين يروا أن الشعور بالنقص يدفع الفرد إلى العمل تحت ضغط هذا الشعور فترفع قدرته على العمل والإنتاج وهذا ما يؤيده الواقع، فقد نبغ ديموشين الإغريقى فى الخطابة على الرغم من لثغتـه، وأبى العـلاء المعـرى، وملتـون ، وبشـار ، وطه حسين، فى الأدب والشعر رغم فقد البصر، ومهر بيرون فى السباحة مع عرجه، وأخرج بيتهوفن خير سينفونياته الموسيقية وهم أصم، وحصلت هيلين كيلر الصماء البكماء، الكفيفة، على أقصى الدرجات العلمية، ويعنى ذلك، أن الإنسان المعوق يمكن تنمية القدرات المتبقية لديه، حتى يتحول إلى عضو منتج، وليس معوقاً لعملية التنمية .

ثانياً : الأدوار الوظيفية للإخصائى الاجتماعى التأهيلى :

وإذا تأملنا جهود الخدمة الاجتماعية، نجد أنها تعمل فى تكامل

وتفاعل مستمر من أجل تحقيق الوقاية من جانب، والعلاج من جانب ثاني وتدعيم السلوك وإنمائه من جانب ثالث .

ولذلك يجب أن يقوم الإخصائي الاجتماعي بممارسة دوره على أساس الفهم الواعي، والمعرفة الكاملة لفلسفة الخدمة الاجتماعية التأهيلية، وأهدافها والعمل الجاد على تحقيق الهدف المنشود من مساعداته، مستخدماً كل العمليات والأساليب والوسائل الممكنة، وملتزما بمبادىء المهنة، وأخلاقياتها، وأن يستغل قدراته وخبراته، ومهارته أحسن استغلال ممكن في ممارسة دوره المهني [1] .

وسوف نناقش الأدوار الوظيفية للإخصائي الاجتماعي في المجال التأهيلي على النحو التالي :

١- دور الأخصائي الاجتماعي التأهيلي مع الأفراد :

يأتي المعوق إلى المؤسسة بحساسية تختلف درجاتها، وغالباً ما يكون محملاً بشحنات أزكتها في وجدانه إحباطات وتجارب غير سارة مر بها منذ الإعاقة ،وولدت لديه ردود أفعال متباينة، وربما كان أكثرها ظهوراً، اتجاهاته السلبية إزاء الآخرين .

ولقد أشارت كثير من البحوث الاجتماعية في هذا المجال، إلى أن أكثر ما ينجم عن الإعاقة، هو حساسية المعوق لأنواع من السلوك لم يكن ينتبه إليها أو يبالي بها قبل الإعاقة، وقد يثور أحياناً على تصرف ما

---

(١) إبراهيم المليجي ، السيد رمضان، محاضرات في الخدمة الاجتماعية العمالية، المطبعة العصرية، الاسكندرية، ١٩٨٦، ص ٢٢٥ ، ٢٢٦ .

كان يثور عليه قبل إعاقته، ويتألم من أى مساعدة تقُدم له ولا تقدم عادة للفرد العادى .

ويخبرنا الخبراء والمتخصصون العاملون بالمؤسسات الحديثة لرعاية المعوقين، أن المعوق يأتى إلى المؤسسة ، وقد بدت على محياه حاجة واضحة لتقدير الناس له، وللظروف الخارجة عن إرادته، والتى سببت له الإعاقة، ويكون متشوقاً لأن يستمع إلى تقدير لما لديه من قدرات فى نواحى أخرى كثيرة رغم إعاقته، وفى هذه اللحظات يستجيب استجابة ناجحة لأية جهود فنية تستثير فيه عاطفة اعتبار الذات، وتخفف عنه ضغوط القلق مما هو فيه وتزيل عنه هيبة الجو الجديد الذى حضر ليعيش فيه .

ولذا ، فإن الإخصائى الاجتماعى هو أول من يجب أن يلتقى به المعوق عقب وصوله إلى المؤسسة، حيث تعتبر هذه المقابلة أفضل الفرص لملاحظة ما يبدوا عليه من انفعالات، وهى وسيلة لفهم المعوق ومساعدته على التخلص من السلبية، والتعبير عن ذاته والتنفيس الوجدانى، ومن خلالها تتكون الثقة والاحترام المتبادل بين المعوق والإخصائى الاجتماعى، وهما أسس العلاقة المهنية، وفى هذه الحالة يمكن للإخصائى الاجتماعى أن يخفف من حدة الصراع النفسى للمعوق ويساعده على التزود بطاقة موجبة .

وللإخصائى الاجتماعى دور مع أسرة المعوق، يربطها به، ويزيل ما يساورها من قلق عليه، ويعالج مشكلاتها، مدركا أن ذلك هو علاج

لمشكلات المعوق، ويهيؤها لاستقباله ليعيش بينها، ويخُطط معها أسلوب معايشتها له، وينبهها إلى ما يرى بتنبيهها إليه .

كما يعمل الإخصائى الاجتماعى على إعادة المعوق إلى حياته الطبيعية خارج الأسرة، حينما يكتملُ دور المؤسسة معه، وتمتد جهوده إلى متابعته فى عمله، والاطمئنان عليه فى علاقاته، ويظل صديقاً وفياً بتلقائية غير مصطنعة، وبلمسات حانية لايفسرها المعوق بأنها نوع من العطف ، وإنما رباط من المشاركة الوجدانية، بين شخص يحتاج للمساعدة، وشخص مانح لها [١] .

وترى هيلين بيرلمان (Hellin Perlman) أن كل مشكلات عملاء الخدمة الاجتماعية، ترجع فى النهاية إلى مشكلات فشل فى أداء الوظيفة الاجتماعية، أو عدم الحصول على الإشباع اللازم من القيام بهذا الدور [٢] . وهذا يتطلب من الإخصائي الاجتماعى الذى يتعامل مع الأفراد أن يساعد الفرد على تحمل مسئولياته والقيام بتأدية واجبات دوره بالصورة التى تُشعره بالإشباع اللازم .

وعلى ذلك، يقوم الإخصائى الاجتماعى المستخدم لطريقة خدمة الفرد بأداء أدواره الوظيفية لمساعدة عملاءه، باستخدام الأساليب الفنية

---

(١) أنظر : محمد سيد فهمى، السلوك الاجتماعى للمعوقين - دراسة فى الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ٢١٨ - ٢٢٠.

(2) Hellin perlman, **Social role in case work**, N.Y., 1957, p. 46.
عن المرجع السابق، ص ٢٣٢ .

الآتية [1] :

أ- يأتى المعوق إلى المؤسسة طالباً المساعدة، وهو غير معترف بأن مشكلته الأساسية هى عجزه عن أداء دوره كما تتطلبه قيم المجتمع وثقافته، وواجبات مكانته الاجتماعية .

ب - الإخصائى الاجتماعى هو ممثل المؤسسة التى يتقاضى منها أجره، وبالتالى هو ممثل للمجتمع بما يعتنقه من قيم وثقافات وواجبات.

جـ - وعلى ذلك ، يقوم الإخصائى الاجتماعى بتبصير عميله بمشكلته، وواجبات دوره، وما يجب عليه، وما يتوقعه منه الآخرين .

د - الإخصائى الاجتماعى فى ذلك لايسير على أرض طيعة، إذ يقابل بمقاومة العميل، تلك المقاومة التى يرجعها علماء الاجتماع إلى صراع الأدوار، أى صراع بين دور العميل كطالب للمساعدة وموقف الحاجة ودور الإخصائى الاجتماعى كمانح لها وموقف السلطة.

هـ - عن طريق تكوين العلاقة المهنية وغيرها، يتم التفاهم وإنهاء الصراع وذلك بالاتفاق على طبيعة المشكلة، وحجمها الصحيح، وهى فى النهاية تمثل المسافة بين إمكانيات العميل، وبين ما يتوقعه منه الآخرين .

و - أولى خطوات العلاج تتجه أولاً نحو تحديد هذه الإمكانيات وتحديد توقعات الآخرين، وتنتهى إلى خلق أدوار جديدة أو تعديل

---

(١) أنظر : المرجع السابق ، ص ٢٣٢ ، ٢٣٣ .

واجبات دور العميل فى حدود إمكانياته، وبمعنى آخر استخدام المعوق أقصى ما يمكن من إمكانياته المتبقية مع أفضل خرج من المظاهر السلوكية الإيجابية .

ز – تدعيم السلوك الإيجابى لدى المعوق ، مع إبراز مناطق القدرة، والقوة لديه فى أدواره الأخرى المتمكن فيها، من العوامل المساعدة للاستجابة لخطة العلاج .

٢- دور الإخصائى الاجتماعى التأهيلى مع الجماعات :

لخدمة الجماعة أهمية كبيرة فى تغيير سلوك واتجاهات الأفراد، فى ذلك يقول كيرت ليفين (Kurt Lewin) ، أنه إذا أردنا أن نحقق تغييراً عميقاً ومستديماً فى سلوك الإنسان، يجب أن نتعامل مع الفرد كعضو فى جماعة، حيث يسهل التأثير عليه، ويكون أكثر مرونة. وأن الاتصال بالأفراد عن طريق الجماعات، له تأثير أكبر وأعمق من الاتصال بهم فرادى، أو الاتصال بهم كمجتمع عن طريق الدعاية ووسائل الإعلام (١) .

ويمكن وصف دور الإخصائى الاجتماعى مع جماعة المعوقين، بأنه محور العلاقات ، والمحرك لأوجه نشاط الجماعة، بالإضافة إلى معاونته فى حل مشكلات ومتاعب المعوقين، التى تعوقهم فى حياتهم الأسرية وفى مجال عملهم ويتسم دور الإخصائى الاجتماعى بالأسلوب

---

(١) أنظر : محمد شمس الدين أحمد ، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية ، الهيئة المصرية للطباعة والنشر ، القاهرة ، ١٩٧٤ ، ص ٣٨ ، ٩٣ .

العلمى سواء فى تخطيطه للخدمات أو فى تنفيذها وتقويمها .

ونستعرض فيما يلى أهم الواجبات العامة للإخصائى الاجتماعى (١) ، الذى يعمل فى المجال التأهيلى ، ويركز على طريقة العمل مع الجماعات :

أ- نقطة البداية فى عمله، هو التعرف على الجماعة، والاندماج فيها والتفاعل معها .

ب - العمل على كسب ثقة أعضاء الجماعة، عن طريق ممارسته للعلاقات بأسلوب إنسانى اجتماعى .

جـ - التعرف على الاحتياجات الحقيقية للجماعة، وتحديد أولوياتها بناء على أهميتها بالنسبة لظروف واحتياجات أعضاء الجماعة.

د - التخطيط العلمى السليم للخدمات، مع ضرورة إشراك أعضاء الجماعة فى التخطيط ، لضمان نجاح التزام الأعضاء بها .

هـ - تدريب المعوقين فى مجال الخدمات، وخلق قيادات وتدريبها .

و - يعتبر الإخصائى الاجتماعى حلقة اتصال بين الفريق الطبى والمعوقين ينقل إليهم تعليمات الفريق وإرشاداته، بأسلوب يتفق مع

---

(١) أنظر : محمد نجيب توفيق حسن ، دراسة تقويمية لخدمات الرعاية الاجتماعية للعاملين بشركة النصر للسيارات بوادى حوف / حلوان رسالة ماجيستر غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان، القاهرة ١٩٧٢ ، ص ١٦٢ - ١٦٤ .

فهمهم وإدراكهم، كما يرفع إلى أعضاء الفريق الطبى مدى استجابات وإفادة المعوقين بهذه الإرشادات، أو ينقل إليهم أى شكوى تستجد فى ظروف وأحوال المعوق النفسية أو الصحية .

ز - يقدم الإخصائى الاجتماعى للفريق الطبى، ولإدارة المؤسسة، التقارير والإحصاءات التى توضح أهمية الخدمات المقدمة للجماعة، وأثرها على استقرار أحوالهم الاجتماعية والنفسية والعلاجية والتأهيلية .

ح - يعمل الإخصائى الاجتماعى على امتداد نطاق الخدمات لأسرة المعوق إذا سمحت إمكانيات المؤسسة بذلك .

ط - يوجه الإخصائى الاجتماعى المعوقين لمصادر الخدمات فى المجتمع المحلى، للاستفادة بها فى حالة الاحتياج إليها .

ى - يقوم الإخصائى الاجتماعى بمتابعة وتقويم الخدمات لتحسينها، أو تعديلها أو الغائها فى حالة عدم صلاحيتها ومناسبتها لظروف وأحوال المعوقين .

وتعمل خدمة الجماعة من خلال برامجها وأنشطتها الاجتماعية على بث القيم الاجتماعية، والسلوك الإيجابى كالتعاون، وحب الآخرين والقدرة على تكوين علاقات طيبة، وتحمل المسئولية، والثبات الانفعالى والمبادأة، والابتكار، والتنافس وليس الصراع، والانتماء، وغيرها من القيم والسمات السلوكية الإيجابية .

وهدف خدمة الجماعة وراء ذلك، هو زيادة الأداء الاجتماعى

للمعوق حيث يتجسد ذلك فى مستويات ثلاث[1] :

أولها : استعادة المعوق لقدرته على الأداء الاجتماعى المطلوب .

وثانيها : وقايته من معوقات الأداء الاجتماعى .

وثالثها: مساعدته على تنمية قدراته ليعمل على رفع مستوى أدائه الاجتماعى .

ويقوم الاخصائى الاجتماعى فى إطار ذلك. بمساعدة المعوقين لكى يستخدموا ما تبقى لديهم من قدرات فى زيادة أدائهم الاجتماعى، من خلال الخبرات الجماعية التى تدور حول الاهتمامات المشتركة لهم.

وعلى رأس المهام التى يقوم بها الإخصائى الاجتماعى التأهيلى العامل بطريقة العمل مع الجماعات مايلى :

أ- يسهم بعمله مع جماعات المعوقين بدور أساسى فى تنشئتهم التنشئة الصالحة، التى تجعلهم يسهموا إسهاماً إيجابياً فى رفع مستواهم ومستوى أسرهم، والجماعات التى ينتمون إليها فى المجتمع .

ب - تدريب المعوقين أنفسهم على ممارسة التخطيط للخدمات التى يحتاجون إليها، وفى تنفيذها، باعتبارهم المستفيدين منها .

جـ - تنظيم العلاقات الاجتماعية داخل الجماعة، بحيث يشعر كل معوق أنه فرد فى هذه الجماعة له حقوق قبلها، وعليه واجبات

---

(١) أنظر : محمد سيد فهمى ، السلوك الاجتماعى للمعوقين - دراسة فى الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ٢٣٣ ، ٢٣٤ .

يؤديها لها، وتعويد المعوق على العمل التعاونى، والطريقة المثلى للتعبير عن الرأى والتفاهم مع الغير، وتعلم أساليب القيادة والتبعية وممارسة الأسلوب الديمقراطى بوجه عام .

د - تدريب المعوقين على فهم نُظم وقوانين المؤسسة ، والوصول بالجماعة إلى المستوى الذى تحس فيه بأنها قادرة على تقبل الأنظمة والقوانين واتباعها، هذا من جانب، ومن جانب آخر يعمل على تبصير المعوقين بحقوقهم التى سنتها التشريعات القانونية لصالحهم، حتى يتسنى لهم الإفادة منها .

٣- دور المنظم الاجتماعى التأهيلى :

تلعب طريقة تنظيم المجتمع دوراً فعالاً فى خدمة ورعاية المعوقين حيث أن تعاون الجماهير مع الحكومة فى رعاية المعوقين، تتطلب تنوير أذهان الناس بأسباب الإعاقة، ونتائجها، وطرق علاجها والوقاية منها. لذلك يجب عرض الحقائق على الناس بشكل منظم، وبأستخدام وسائل الإعلام المختلفة، سواء باستخدام الإذاعة المسموعة أو المرئية، والكتب والمجلات والصحف، بالإضافة إلى عقد الاجتماعات، والمناقشات، وحلقات البحث المختلفة، وكل ذلك من أهم مسئوليات إخصائى تنظيم المجتمع [١] .

وفى ذلك ، نجد أن (جامعة كولومبيا) تُعَرف تنظيم وتخطيط المجتمع بأنه : «طريقة التدخل المهنى الذى يشترك فيه الأفراد

---

(١) المرجع السابق ، ص ٢٣٥ .

والجماعات والمنظمات فى عمل مُخطط، لتعديل المشكلات الاجتماعية، وتغيير أو تنمية الأنظمة الاجتماعية، وهو يتضمن عمليتين رئيسيتين مترابطتين ، التخطيط (تحديد مناطق المشكلات، تشخيص الأسباب ، التوصل إلى حلول)، والتنظيم (استشارة المشاركين، والتوصل إلى الاستراتيجيات الضرورية للعمل الفعال) [١] .

والمنظم الاجتماعى العامل فى مؤسسات التأهيل، يتدخل للتأثير على القرارات المتعلقة بالخدمات الاجتماعية التى تؤدى للمعوقين بالمؤسسة ويوضح مونشر [٢] Moncher خطوات هذه العملية على النحو التالى :

أ- تصنيف الخدمات، ووضع الأولويات لهذه التصنيفات، مثل الصحة ، الترويح ، النفسية .. الخ .

ب - لايتخذ القرار بإعطاء الأولوية لتصنيف معين من الخدمات، إلا على أساس مقاييس موضوعية، مثل الضرورة الملحة، الفاعلية، أو بالاستناد إلى مقاييس رياضية .

جـ - يجب اشتراك لجان [٣] البحث فى دراسة الأسس التى

(1) Accreditation Report, columbia uneversity School of Social work N.Y., Februory, 1973, p. 24.

(2) Samuel Moncher, **Current priority Planning**, in Journal of the social work, N.Y., Vol. Ix. No. 3, p.p. 27- 28, in, Hoda Badran, The Community organization practioner's Decision Making Behovior in canflict stuations, Dectorate thesis, school of Applied social sciences, western Deserve university, 1967, p. 8.

(٣) وهم ممثلين لمجتمع المعوقين بمؤسسة التأهيل .

الضرورة، ويتصل بالمستويات المختلفة، التى من شأنها أن تُسهل عمله، ويعمل بين قادات المعوقين بالمؤسسة من جانب وبين المؤسسات الأهلية والحكومية التى تفيد خدماتها المعوقين بمؤسسة التأهيل من جانب آخر.

٤- دور المنشط Activist :

الذى يأخذ زمام المبادأة، وفى هذا الدور ، لاينتظر المنظم الاجتماعى تحرك مجتمع المعوقين بمؤسسة التأهيل لإدراك احتياج معين، ويأخذ مبادرة العمل من أجل مجتمع المؤسسة إذا كان الاحتياج ملحاً، ويستلزم إدراكه من جانب المعوقين وقتاً ليس بالقصير .

٥ - دور المطالب Advocater :

ويُعتبر هذا الدور مكملاً لدور المستثير والمنشط، فالمنظم الاجتماعى حينما يقوم بدور المستثير ودور المنشط، فإنه يتصل بالجهات التى تستطيع أن تتخذ قرارات فى صالح المعوقين بمؤسسة التأهيل ويتكلم بإسم المعوقين كلسان حالهم، ويتحدث بإسمهم، ويمثل مصالحهم .

هذا ويرى روس (1) Ross أن المنظم الاجتماعى يمكنه أن يقوم بالأدوار الآتية :

١- دور الخبير Expert :

وعندما يقوم المنظم الاجتماعى بهذا الدور، فإنه يفيد المعوقين بمؤسسة التأهيل، والمشتركين فى برامج تنظيم المجتمع، بمعلوماته

(1) Murrey Ross, **Community organization- Theory and principles**, Herper & Brothers, N.Y., 1955, p.p. 200 - 228.

ومهاراته الفنية المهنية لإنجاز تلك البرامج .

٢- **دور المعالج** Theropist :

ونعنى به هنا قيام المنظم الاجتماعى بعلاج مشكلات اجتماعية تُهدد إنجاز خطة علاج وتأهيل المعوقين .

٣- **دور المساعد** Helper :

ونعنى به هنا قيام المنظم الاجتماعى بمساعدة المعوق فرداً كان أو عضواً فى جماعة، أو عضواً فى مجتمع المؤسسة، فيما يعترضه من مشكلات، والتعاون معه على حلها .

٤- **دور المرشد** Cuide :

ونعنى به قيام المنظم الاجتماعى بمد المجتمع بالمعلومات، والحقائق والإحصاءات، والنصائح، والخبرة الفنية، وكل ما يتطلبه مجتمع المؤسسة، لتسهيل قيامه بتحقيق أهدافه .

أما ليبيت رونالد [1] Lippit Ronald يرى، أن دور الإخصائى الاجتماعى المشتغل بتنظيم المجتمع يتحدد فى عمله كمستشار حيث يقوم بمعاونة من يحتاج مساعدته بالعمل على حل أو مواجهة مشكلة قائمة أو متوقعة. وتعتبر هذه العلاقة مؤقتة بين الطرفين، والإخصائى

---

(1) Lippit Ronald, **Dimensions of the consultant Job**, Reading in community organization practice, in Ralph, M. Kramer & Harry specht (eds.), englewood cliffs, Prentice - Hall, I N C. New Jersy, 1969, p.p. 278 - 284.

كمستشار ، ليس له سلطة على من تقدم إليه الاستشارة، كما أنه يرى أن أى عملية استشارية ناجحة تنتهى عادة بثلاثة أنواع من التعليم ، هى :

١ - تفهم أعمق للمشكلة أو المشكلات التى استدعت الاستشارة .

٢ - ممارسة الوظيفة بكفاءة أفضل، وتحديد المشكلات التى قد تنتج مستقبلاً، واتخاذ القرارات المناسبة عندما تقتضى الضرورة مساعدة خارجية .

٣ - الوصول إلى أساليب ونظم جديدة تساعد على الاحتفاظ بالمقدرة على التغيير الذى يتناسب والظروف المتغيرة، وعلى استخدام الطاقات الكافية لتحسين وظائف جماعات المجتمع وإنتاجها .

ومن هذا العرض يتضح لنا، أن الأهداف التى يسعى إلى تحقيقها المنظم الاجتماعى يمكن أن تكون أهدافاً تخطيطية لإحداث التغيير كهدف، أو أهدافا تنسيقية لدعم العلاقات والتعاون بين المجتمع وأجزائه، أو أهدافاً تدعيمية لدعم المشروعات والخدمات، أو أهدافاً أخرى عامة تتناول علاج المشكلات التى تتعلق بالسلوك الاجتماعى للجماهير، والعادات الاجتماعية التى تعوق المجتمع وتنميته .

وهكذا يعمل المنظم الاجتماعى لإحداث تغييرات لتنسيق الجهود أو لتثقيف وإثارة جماهير المجتمع، وإذا حللنا جهوده ، نجد أن بعضها يوجه للتنظيم والتنسيق بين الأجهزة والاتصالات المختلفة (لاستغلالها

فى إشباع احتياجات وحل مشكلات المعوقين)، وبعضها تربوى للتثقيف والتوعية (سواء للمعوقين أنفسهم ، أو للمجتمع بصفة عامة حتى يتقبلهم) وجميعها يستخدم فيها أسلوب التخطيط الاجتماعى .

والمنظم الاجتماعى لايمارس دوره مع المجتمع لتحديد الاحتياجات والمشكلات، ولكن للعمل على زيادة قدرة المجتمع فى إشباع احتياجاته وحل مشكلاته، وتحسين مستوياته الاقتصادية والاجتماعية، لإحداث التغيير المنشود .

والواقع أن الدور الأساسى لإخصائى تنظيم المجتمع مهما اختلفت وجهات النظر ، هو استثارة سكان المجتمع للشعور بالحاجة إلى اتخاذ القرارات التى تحدد أهدافهم، والوسائل والأساليب المختلفة التى يمكن استخدامها لتحقيق تلك الأهداف، مما يساهم بدوره فى إحداث التغيير .

وجدير بالذكر ، أن الإخصائى الاجتماعى لايمارس عملاً حراً، ولكنه موظف بأحد أجهزة تنظيم المجتمع الذى يدفع راتبه ويمده بالإمكانيات ، ولذلك فعلى الإخصائى الاجتماعى أن يلتزم بفلسفة الجهاز، ونظامه وأساليب عمله ويتحرك من خلاله، ويخضع لتوجيهاته، ويحترم القيود التى يضعها فيما يتعلق بحرية الحركة [1] .

أما البرامج التى قد تشملها خطة عمل المنظم الاجتماعى

(١) أنظر : سيد أبو بكر حسانين، **طريقة الخدمة الاجتماعية فى تنظيم المجتمع**، مرجع سابق ، ص ٤٧٢ ، ٤٧٣ .

والمؤسسات التأهيلية، فيراعى أن تشمل كل أو بعض البرامج التالية [1] :

١- برامج تهدف إلى التعرف على الاتجاهات الاجتماعية، التى قد تعرقل خطط العلاج والتأهيل، وتحديد هذه العوامل والتعامل معها .

٢- برامج تهدف إلى مساعدة المعوقين على التخلص من الاتجاهات الاجتماعية السلبية (مثل عدم الالتزام بخطط العلاج والتأهيل ، مقاومة السلطة، الأنانية، عدم التعاون ، التواكل الشديد .. الخ).

٣- برامج لمحو أمية المعوقين الأميين .

٤- برامج تثقيفية للمعوقين، تزيد من وعيهم القومى ، ومن ثقافتهم العامة .

٥- برامج تهدف إلى التعرف على شكاوى المعوقين واحتياجاتهم، ورفع نتائج هذه الدراسات للمسئولين ، سواء داخل المؤسسة التأهيلية أو خارجها، للعمل على الاستجابة لهذه الشكاوى بحلول ملائمة .

٦- برامج تهدف إلى إيجاد حلول ذاتية لبعض المشكلات، بالاعتماد على الموارد المتاحة .

٧- برامج تهدف إلى أقلمة المعوقين بصفة عامة والجدد منهم

---

(١) أنظر : عبد الحليم رضا عبد العال، ممارسة طريقة تنظيم المجتمع فى المصنع، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان - القاهرة، ١٩٧٢، ص ٦٥ - ٦٧.

بصفة خاصة على المؤسسة التأهيلية ومناخها الاجتماعى .

٨- برامج تهدف إلى إيجاد صلات طيبة بالهيّئات والمؤسسات الحكومية والأهلية بالبيئة، والتى يستفيد أو قد يستفيد من خدماتها المعوقين بالمؤسسة التأهيلية .

٩- برامج تهدف إلى مد بعض الخدمات الاجتماعية إلى أسر المعوقين بقدر ما تسمح به الموارد .

١٠- برامج للعلاقات العامة، تهدف إلى إيجاد شعور إيجابى تجاه المؤسسة، والبيئة المحلية، والمجتمع بصفة عامة .

١١- برامج ترويحية للمعوقين .

١٢- برامج تقييمية لخطط الخدمات المؤداه، حتى يمُكن الاستفادة من الخبرات الناتجة عن التقييم فى التخطيط للرعاية الاجتماعية مستقبلاً بالمؤسسة التأهيلية .

وأحب أن أشير فى النهاية، إلى أن طرق الخدمة الاجتماعية متكاملة وما فصلت بينها إلا بغرض الشرح، والتفسير ، والتحليل.. حيث أن للخدمة الاجتماعية نطاق للعمل يمتد إلى وجوه الإنسان المختلفة التى يعيش فيها، فهى تعمل مع الفرد، كما تعمل مع الجماعة، والمجتمع، إلا أنها فى عملها مع الفرد بصورة مباشرة، إنما تعمل مع الجماعة والمجتمع بصورة أو بأخرى، كذلك الحال حينما تعمل مع الجماعة، تجد بالضرورة أهمية العمل مع أعضاء الجماعة كأفراد،

سواء منهم من تواجهه مشكلة أو يتميز بقيادة تحتاج إلى صقل ، كما تعمل مع الهيئة أو المؤسسة التى تحتضن الجماعة حتى تقارب بين أغراضها واتجاهاتها، كذلك حينما تعمل الخدمة الاجتماعية مع المجتمع، نجد لزاما عليها أن تتعامل مع جماعات وأفراد المجتمع الذى تسعى إلى المواءمة بين احتياجاته وإمكانياته [1] .

إن العلاقة بين طرق الخدمة الاجتماعية (خدمة الفرد، خدمة الجماعة ، تنظيم المجتمع) علاقة لاتستمد من واقع المنفعة المشروطة بتقديم قضايا علمية نافعة، وإنما هى علاقة أعضاء لجسم واحد، بطبيعة واحدة، وبوظيفة واحدة، وإن حدث وتعددت أعضاؤه، فهو لتحقيق هدف مشترك، هو رفاهية الإنسان وسعادته، فالجوهر واحد، والفلسفة واحدة، بل أن المفاهيم والمبادىء الأساسية نفسها متقاربة .

إن تكامل وترابط طرق الخدمة الاجتماعية الثلاث، حقيقة عبر عنها ومازال أقطاب الخدمة الاجتماعية فى الغرب، ورواد الخدمة الاجتماعية فى مجتمعنا العربى، بل ويؤكدها كذلك الواقع الميدانى ذاته داخل المؤسسات الاجتماعية المختلفة، كما يحسها كل من مارس المهنة من الإخصائيين الاجتماعيين .

(١) أحمد كمال أحمد ، عدلى سليمان، الخدمة الاجتماعية والمجتمع، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٦٣ ، ص ٣٤.

المراجـــع

أولاً : المراجع العربية .

ثانياً : المراجع الأجنبية .

أولا : المراجع العربية :

- القرآن الكريم سورة النور، الآية الشريفة رقم ٦١ .
- إبراهيم المليجى ، السيد رمضان ، **محاضرات فى الخدمة الاجتماعية العمالية**، المطبعة العصرية ، الإسكندرية، ١٩٨٦ .
- إبراهيم عبد الهادىء محمد المليجى ، **الخدمة الاجتماعية بالتنظيمات الصناعية**، المركز التجارى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٨ .
- إبراهيم عبد الهادى محمد المليجى ، **العوامل الاجتماعية المرتبطة بإصابات العمل فى الصناعة** ، ودور الخدمة الاجتماعية فى مواجهتها، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم – جامعة القاهرة ، ١٩٨٨ .
- إبراهيم عبد الهادى محمد المليجى ، **دور الخدمة الاجتماعية فى كفاءة أداء العمال الصناعيين وتوافقهم مع العمل**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب – جامعة الإسكندرية، ١٩٨١ .
- إبراهيم عبد الرحمن وآخرون : **نماذج ونظريات تنظيم المجتمع**، الكتاب الثانى، دار الثقافة للطباعة والنشر ، القاهرة، ١٩٨٣ .
- أحمد حسن الشبكشى : **أسس الخدمة الاجتماعية الطبية**، مطبعة العلوم ، القاهرة، ١٩٦١ .
- أحمد عزت راجح : **أصول علم النفس** ، الطبعة العاشرة ، المكتب المصرى الحديث، الإسكندرية ، ١٩٧٦ .
- أحمد كمال أحمد ، **تنظيم المجتمع**، مكتبة القاهرة، القاهرة، ١٩٧٠ .
- أحمد كمال ، عدلى سليمان : **الخدمة الاجتماعية والمجتمع**، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٦٣ .

- أحمد وفاء زيتون ، تخصصية الخدمة الاجتماعية ، المؤتمر العلمى الثامن - الخدمة الاجتماعية والتنمية المحلية ، (القاهرة : جامعة القاهرة ، كلية الخدمة الاجتماعية فرع الفيوم ، ١٧ - ١٩ مايو ١٩٩٥) .

- السيد الحسينى : **النظرية الاجتماعية ودراسة التنظيم**، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٧٥ .

- المجالس المتخصصة ، شعبة الخدمة الصحية، **تقرير عن الأمن الصناعى فى مصر** ، نوفمبر ، ١٩٨٦ .

- إقبال بشير ، إقبال مخلوف ، **الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية**، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، بدون سنة .

- إقبال بشير ، سلوى عثمان : **محاضرات فى الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية**، المكتب التجارى الحديث ، الإسكندرية، ١٩٨٨ .

- إقبال بشير وآخرون ، **الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى** ، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٠ .

- إمام أحمد محمد عبد الله ، **الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب النفسى**، دار عالم الكتب ، القاهرة، ١٩٨٠ .

- أمين إبراهيم على : **سياسة وزارة الشئون الاجتماعية فى مجال رعاية المعوقين**، بحث مؤتمر التكامل ورعاية المعوقين بالقاهرة، ١٩٨١ .

- سيد أبو بكر حسانين ، **دراسات فى تنظيم المجتمع**، الطبعة الأولى، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩ .

- سيد أبو بكر حسانين ، **طريقة الخدمة الاجتماعية فى تنظيم المجتمع**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٦ .

- صديق محمد عفيفى ، **التخصصية وأصلاح الاقتصاد المصرى** ، (القاهرة : مركز الدراسات السياسية بالأهرام ، ١٩٩١) .

- صلاح الدين الحمصانى ، **خدمات التأهيل فى مصر** ، بحث مؤتمر التكامل فى رعاية المعوقين، القاهرة، ١٩٧٦ .

- صموئيل ، ويشك **كيف ترعى طفلك** ، ترجمة د. محمد نسيم رأفت، بدون ناشر ، ١٩٧١ .

- طلعت مصطفى السروجى ، **الآثار الاجتماعية لخصخصة مشروعات المجالس المحلية فى الريف – دراسة ميدانية** ، المؤتمر العلمى الحادى عشر للخدمة الاجتماعية – الخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادى والعشرون، المجلد الثامن ، (القاهرة : جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية، ٣١ مارس – ٢ أبريل ١٩٩٨) .

- عادل محمد أنس ، **تطوير الخدمة الاجتماعية ، دراسة تجريبية بمستشفى المنيل قبلى** ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية– جامعة حلوان ، ١٩٨٤ .

- عبد الحليم رضا عبد العال ، **ممارسة طريقة تنظيم المجتمع فى المصنع**، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ، القاهرة، ١٩٧٢ .

- عبد الحليم رضا عبد العال، أحمد وفاء زيتون ، **تنظيم المجتمع – أسس ومبادىء** ، الكتاب الأول ، توت للدعاية والإعلام والنشر ، القاهرة، ١٩٨٦ .

- عبد الحميد غريب عوض ، **أثر الإصابة فى محيط العمل** ، أبحاث مؤتمر الأمن الصناعى ، جمعية إدارة الأعمال والعلاقات الصناعية، القاهرة، ٢٩ – ٣١ يناير ١٩٦٠ .

- عبد الفتاح عثمان ، **خدمة الفرد فى المجتمع النامى**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٤ .

- عثمان لبيب فرج ، **أضواء على الشخصية والصحة العقلية**، الطبعة الأولى، مكتبة

النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٧٠ .

- عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، **الرعاية الاجتماعية للمعوقين** ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩ .

- فاطمة الحاروني ، **خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية**، مطبعة السعادة، القاهرة، ١٩٦٩ .

- فوزي علي جاد الله ، **الصحة العامة والرعاية الصحية**، الطبعة الأولى ، دار المعارف بمصر ، القاهرة، ١٩٦٨ .

- محمد سيد فهمي ، **السلوك الاجتماعي للمعوقين** - دراسة في الخدمة الاجتماعية، المكتب الحديث، الاسكندرية ، ١٩٨٣ .

- محمد شمس الدين أحمد ، **العمل مع الجماعات في الخدمة الاجتماعية**، الهيئة المصرية للطباعة والنشر، القاهرة، ١٩٧٤ .

- محمد عبد المنعم نور ، **الخدمة الاجتماعية والطبية والتأهيلية**، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٧١ .

- محمد عبد المنعم نور ، **الطب والمجتمع**، دار اللواء للنشر، القاهرة، ١٩٨١ .

- محمد نجيب توفيق حسن ، **دراسة تقويمية لخدمات الرعاية الاجتماعية للعاملين بشركة النصر للسيارات بوادي حوف حلوان**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان ، القاهرة ١٩٧٢.

- محمود حسن ، **مقدمة الرعاية الاجتماعية** ، الطبعة الأولى ، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة ، ١٩٦٩ .

ثانيا : المراجع الاجنبية :

- **Accreditation Reprort**, Columbia university, School of social work, N.Y., February, 1973.

- Bartlett, Harriett M., **Analyzing social work**, by Fields Nasw, N.Y., 1967.

- Butler, Richard, **Behaviour and Rehapilitation**, London, 1978.

- Butrym, zofia, **social work in Medical care**, London, 1967.

- Cooley, Carol H., Social Aspects of Illness, N.Y., 1952.

- Dunham, Arthur, **The New Community organization**, Thomasy & crowel company, inc., N.Y., 1972.

- Encyclopedia of social work, Nasw, N.Y., 1977.

- Harrett, B., Medical social work, N.Y., 1962.

- Konopka, Gisela, **Social Group work**, A helping process, N.Y., 1972.

- Lois Bryron, welfare and The state, (Lonodn : Macmillan. 1992).

- Moncher, Samuel, **Current priority planning**, in Journal of the social work, N.Y., Vol Ix, No. 3 . p.p. 27 - 28, in Hoda Badran, The community oranization practioners Decision Making Behavior in conflict situations, Dectorate Thesis, school of Applied social sciences, western Reserve university, 1967.

- Perlman, Hellin, **Social Role in case work**, N.Y., 1957.

- Perlman, Robert & curin, Hrnold. community organization and social planning, pohn woly, sons in the council for social work educat, N.Y. 1972.

- Rehabilitation and world peace, 8 th congress of the I-S-W-C (U.N.O)..

- Ross, Murrey, **community orgahization and principles,** harper & Brothers, N.Y., 1955.

- Ronald, Lippit, **Dimensions of the consultant Job**, reading in community organization practice, in Ralph, M. kramer & Harry Specht (eds.) Englewood cliffs, prentice- Hall, Inc., New Jersy. 1969.

- Suaser, M. W. & watison, W., **Sociology in Medicine,** Third Edition, N.Y., 1975.

* كتب السلسلة الأولى *

المولف	الكتاب
توفيق الحكيم .	- عودة الوعى .
محمد حسنين هيكل.	- خريف الغضب .
مصطفى أمين .	- سنة ثالثة سجن .
وجيه عتيق .	- الملك فاروق وعلاقته بألمانيا النازية .
أنيس منصور .	- أعجب الرحلات فى التاريخ.
أنيس منصور .	- مواقف.
أنيس منصور .	- قوة الخفاء .
مكتبة الاسرة بمصر .	- المختار من القصص العالمية .
عميد معهد الأسكندرية " أبراهيم عبد الهادى " .	- الرعاية الطبية والتأهيليلة من منظور الخدمة الاجتماعية .
ستيفن هوكنج .	- كتاب تاريخ موجز لزمن "من الأنفجار الكبير الى الثقوب السوداء "

مع تحيات
جدران المعرفة
Theknowledge_walls@yahoo.com